

Research Paper



Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Transdiagnostic Treatment on Psychosocial Adjustment to the Disease and Self-Care in People with Cardiovascular Disease



Majied Amiri¹, Hassan Khoshakhlagh^{2*}, Parinaz Sadat Sajjadian³, Hassan Rezaei Jamaloei⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Feyz Al-Islam Higher Education Institute, Khomeini Shahr, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.16771](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16771)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16771.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Acceptance and Commitment Therapy, Transdiagnostic Therapy, Psychosocial Adjustment to the Disease, Self-Care Cardiovascular Disease

Received: 2023/04/16
Accepted: 2023/06/28
Available: 2024/05/13

ABSTRACT

The aim of the research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy on psychosocial adjustment to the disease and self-care in people with cardiovascular disease. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up phase. The statistical population of the study was cardiovascular patients in Isfahan city in 1401, and 51 patients were selected using the purposeful sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (17 people in each group). The research tool was the questionnaire of psychosocial adjustment to the disease Dragtis (1986) and self-care by Jarsma et al (2003). Acceptance and commitment therapy was implemented in 9 sessions of 90 minutes and once a week, and transdiagnostic therapy was also implemented in 9 sessions of 90 minutes and once a week, and the control group was waiting for treatment. Data were analyzed using mixed variance statistical method and Bonferroni post hoc test. The results showed the effectiveness of acceptance and commitment therapy and transdiagnostic therapy on psychosocial adjustment to the disease ($\eta^2 = 0.753$) and self-care ($\eta^2 = 0.362$) of cardiovascular patients, so that these effects were maintained in the follow-up phase ($P < 0.001$). The results of the Bonferroni test showed that the effectiveness of acceptance and commitment therapy to self-care of patients was higher. Therefore, both interventions can be used for psychosocial adjustment to the disease and self-care of cardiovascular patients and to improve their quality of life.



* **Corresponding Author:** Hassan Khoshakhlagh
E-mail: khoshakhlagh_h@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی در افراد دارای بیماری قلبی عروقی^۱



مجید امیری^۱، حسن خوش اخلاق^{۲*}، پریناز سادات سجادیان^۳، حسن رضایی جمالویی^۴

۱. دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی غیر انتفاعی فیض الاسلام، خمینی شهر، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.



DOI: [10.22034/JMPR.2023.16771](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16771)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16771.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی در افراد دارای بیماری قلبی عروقی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش بیماران قلبی عروقی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود که تعداد ۵۱ نفر از بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی با بیماری درآگتیس (۱۹۸۶) و خودمراقبتی جارسما و همکاران (۲۰۰۳) بود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یکبار در هفته و درمان فراتشخیصی نیز در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته اجرا و گروه کنترل در انتظار درمان قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. نتایج نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری (۰/۷۵۳=اتا) خودمراقبتی (۰/۳۶۲=اتا) بیماران قلبی عروقی بود بطوریکه در مرحله پیگیری نیز این تأثیرات پایداری خود را حفظ کرده بود (P<۰/۰۰۱) نتایج آزمون بونفرونی نشان داد میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی بیماران بیشتر بود. بنابراین از هر دو مداخله می‌توان جهت سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی بیماران قلبی عروقی و ارتقاء کیفیت زندگی آنها استفاده نمود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
درمان فراتشخیصی، سازگاری
روانی اجتماعی با بیماری،
خودمراقبتی، بیماری قلبی
عروقی

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۲۷

پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۴/۰۷

منتشر شده: ۱۴۰۳/۰۲/۲۴

۱. مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری است.

* نویسنده مسئول: حسن خوش اخلاق
رایانامه: khoshakhlagh_h@yahoo.com

مقدمه

بیماری های قلبی-عروقی^۱ علت اصلی مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه هستند (ملکار^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در این میان، بیماری عروق کرونر کشنده ترین بیماری قلبی-عروقی است که بیش از ۵۰ درصد مرگ های قلبی را به خود اختصاص می دهد (منساح^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در ایران نیز بیماری های قلبی عروقی علت اول مرگ و ناتوانی می باشد و اعمال جراحی قلب در حدود ۶۰ درصد اعمال جراحی انجام شده در کشور را شامل می شوند (پورقانع و همکاران، ۱۴۰۰). این بیماری در کنار سرطان و سکته مغزی یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی به شمار می رود و پیش بینی می شود در سال ۲۰۳۰، شایع ترین علت مرگ و میر در دنیا بیماری های قلب و عروق باشد. این بیماری علاوه بر مرگ و میر، منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی جسمی و روحی می شود و علت عمده هزینه های بهداشتی است (والی-عطایی^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل خطر ساز زیادی در ایجاد بیماری های قلبی عروقی نقش دارند (آرنهال^۵، ۲۰۱۱). این عوامل را می توان در سه گروه زیستی، روانی و اجتماعی قرار داد. که از جمله آن می توان به فشار خون بالا، افزایش کلسترول خون، بی تحرکی، مصرف دخانیات، فقدان حمایت اجتماعی، استرس شغلی و زندگی خانوادگی، افسردگی، اضطراب و خصومت اشاره نمود (مالاکار و همکاران، ۲۰۱۹).

در این میان اگر چه متخصصان قلب و عروق، عوامل جسمانی شناخته شده ای را با بروز بیماری عروق مرتبط می دانند (خلیلی و همکاران، ۱۳۹۳) با وجود این، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر پنجاه درصد از بروز این بیماری را پیش بینی می کنند و عوامل جسمانی به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونر قلب نیستند. از بین فاکتورهای بحث شده، امروزه توجه زیادی به مفهوم سازگاری روانی اجتماعی در بیماران قلبی به ویژه بیماران عروق کرونر قلبی شده است (بورنته^۶ و همکاران، ۲۰۱۷).

در این رابطه مطالعات نشان دهنده این است که سازگاری روانی اجتماعی با بیماری در برخی از افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، با کاهش مواجهه است (سان^۷ و همکاران، ۲۰۱۹ و پوشکارو^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). در این بیماران سازگاری روانی اجتماعی به وسیله ماهیت غیرقابل پیش بینی بیماری، نظیر نیاز به بستری مجدد، درمان های تهاجمی و حتی مرگ ناگهانی به چالش کشیده شده است (پنگ^۹ و همکاران، ۲۰۱۹) و بیماران قلبی به دلیل استرس های ناشی از بیماری نظیر استفاده از دارو، ظاهر فیزیکی تغییر یافته و محدودیت فعالیت، در معرض خطر بالایی برای مشکلات سازگاری روانی اجتماعی هستند (پینگوتو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). فرایند سازگاری با یک

بیماری مزمن فرایندی پویاست که دائما تحت تاثیر محرک های فردی و محیطی قرار می گیرد، در این فرایند فرد مبتلا بایستی با چالش های فردی و محیطی مقابله نماید تا به درجه ی مطلوبی از سلامت جسمی روانی و اجتماعی رسیده و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد؛ بنابراین می توان گفت که دستیابی به سلامت در بیماری مزمن به وسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار (بعد جسمی، روانی و اجتماعی) امکان پذیر است (کاراتاس و بوستانوگلو^{۱۱}، ۲۰۱۷) و از آنجا که سازگاری با بیماری، داشتن نگرشی مثبت نسبت به خود و جهان با وجود داشتن مشکلات جسمی است، بیمار با نگرش مثبت دستورالعمل های درمانی و پیشگیرانه را بهتر دنبال می کند و رفتارهای خودمراقبتی^{۱۲} در افراد دارای بیماری افزایش یابد (کلوکوترونی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۷).

رفتارهای خودمراقبتی برای اولین بار در سال ۱۹۵۰ توسط اورم^{۱۴} نظریه پرداز پرستاری مطرح گردید و یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است، و شامل اعمالی است آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی ها و وضعیت های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیت شان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند (لی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارتی دیگر خودمراقبتی به معنای فعالیت های آگاهانه، اکتسابی و هدف داری است که افراد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می دهند (لی و همکاران، ۲۰۱۶) و در آن افراد از دانش و مهارت خود استفاده می کنند تا مسئولانه از سلامت خود مراقبت کنند. در واقع خودمراقبتی یکی از عوامل تعیین کننده میزان و نحوه استفاده از خدمات تخصصی و مراقبت های بهداشتی درمانی است و در سلامت بیماران قلبی و عروقی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است (موگری^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰).

بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی، به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای خودمراقبتی مواجه خواهند بود و برای مواجهه با مشکلات بیماری نیاز به رفتارهای خودمراقبتی دارند (یلدیز و کاسیکسی^{۱۷}، ۲۰۲۰). در سالهای اخیر، تمرکز بر درمان های حمایتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسائی قلبی به طور فزاینده ای مورد توجه قرار گرفته است و تمرکز درمان نیز بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود است (ریگل^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۹). در این بیماران محدودیت ناشی از سالمندی، همراهی دیگر بیماری های مزمن، نظیر اختلالات تنفسی،

9. Peng
10. Pyngottu
11. Karataş & Bostanoğlu
12. self-care
13. Kolokotroni
14. Orom
15. Lee
16. Mogre
17. Yildiz & Kaşikçi
18. Riegel

1. Cardiovascular diseases
2. Malakar
3. Mensah
4. Walli-Attai
5. Arenhall
6. Burnette
7. Sun
8. Pushkarev

مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلاستر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزاردهنده نیست بلکه هدف آن تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزشهای فرد می‌باشد (ریان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از درمانهای موثره کار گرفته شده در حل مشکلات روان‌شناختی درمان فراتشخیصی یکپارچه است. نتایج پژوهش‌های مختلفی نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارآیی است (فارچيون^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۲؛ فیروزی و بیرانوندی، ۱۳۹۷؛ استیل^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸؛ ساکیریس و برل^{۱۶}، ۲۰۱۷؛ اتارد و همکاران، ۲۰۱۷؛ تالکوسکی^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۷؛ گروسمن و اهرنریچ-می، ۲۰۲۰؛ سار-زاوالا^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰؛ بهادری و همکاران، ۱۳۹۸؛ نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸؛ زارعی فسخودی و همکاران، ۱۴۰۰؛ جعفری هرندی و عارفی، ۱۴۰۱؛ علوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ اوسما^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۲؛ ایتو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۲؛ فورسکا-پدرو^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۳؛ تورانلی-باستو^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳؛ پریس-باکرو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۳). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در پاسخ به محدودیت درمان‌های شناختی- رفتاری از قبیل ناکامی این درمان‌ها در بهبودی بخش قابل ملاحظه‌ای از بیماران، وجود راهنماها و پروتکل‌های درمانی متعدد برای هریک از اختلال‌ها و گذراندن دوره‌های کارورزی طولانی مدت و متعدد برای هریک از اختلال‌ها و ایجاد سردرگمی در انتخاب دستورالعمل مناسب بیمار معرفی شده است (اتارد^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۷) و در آن اصول و پروتکل‌های درمانی یکسانی برای اختلال‌های هیجانی مختلف به کار می‌رود. با این که این درمان ریشه در سنت شناختی- رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (بارلو و همکاران^{۲۵}، ۲۰۱۷). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است

نارسایی کلیه، دیابت، استئوآرتریت^۱، اختلالات بینایی و شنوایی و زوال عقل، کاهش درآمد و کمبود آگاهی از روشهای درمانی و رژیم غذایی، خودمراقبتی را دشوار می‌سازد (وستلند^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

لذا خودمراقبتی در بیماری‌های قلبی بر مواردی چون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه، جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی، در هنگام بروز شدید بیماری دلالت می‌کند و اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (روحانی و همکاران، ۱۴۰۱).

با توجه به موارد ذکر شده، این بیماران در انجام خودمراقبتی با موانعی مواجه هستند و تعجب آور نیست که خودمراقبتی ضعیف می‌تواند منجر به بستری مکرر و کیفیت زندگی اندک آنها گردد (دیکسون^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل بیماری‌های قلبی و کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران آموزش و استفاده از مداخلات درمانی روان‌شناختی و کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتار خودمراقبتی مناسب است (توکلی و همکاران، ۲۰۱۹).

در طی سالهای اخیر درمانهای روان‌شناختی متعددی برای بهبود وضعیت جسمانی و روانی بیماران قلبی عروقی به کار گرفته شده است (توکلی و همکاران، ۲۰۱۹). از جمله مداخلات روان‌شناختی که می‌تواند در کنار اقدامات درمانی پزشکی به رفع مشکلات بیماران قلبی عروقی کمک نماید می‌توان به دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ و درمان فراتشخیصی^۵ اشاره نمود. در این رابطه پیشینه تحقیق نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز کارآیی بالینی خود را در پژوهش‌های مختلف نشان داده است (گودوین^۶ و همکاران، ۲۰۱۲؛ برون^۷ و همکاران، ۲۰۱۵؛ حکم‌آبادی، ۱۳۹۹؛ داویسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۷؛ خسروشاهی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عبدالله زاده و کبیری نسب، ۱۳۹۷؛ حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸؛ ادریسی، ۱۳۹۹؛ حکم‌آبادی، ۱۳۹۹؛ اسپنسر و ماسودا^۹، ۲۰۲۰؛ اسمیت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱؛ حسینی و همکاران ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (مک‌کراکن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۳). درمان

14. Farchione
15. Steele
16. Sakiris & Berle
17. Talkovsky
18. Sauer-Zavala
19. Osma
20. Ito
21. Fonseca-Pedrero
22. Tonarely-Busto
23. Peris-Baquero
24. Otared
25. Barlow

1. Osteoarthritis
2. Westland
3. Dickson
4. Acceptance and commitment-based therapy
5. Transdiagnostic therapy
6. Goodwin
7. Brown
8. Daviso
9. Spencer & Masuda
10. Smith
11. McCracken
12. Gloster
13. Ryan

تجربی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه، مناسب تشخیص داده شده است و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه برای این مطالعه، تعداد ۴۵ نفر به عنوان حجم نمونه کفایت می‌کند که با احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۵۱ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۱۷ نفر). بنابراین ۵۱ نفر از مردان دارای بیماری قلبی عروقی که در بیمارستان چمران تحت درمان قرار داشتند با کسب رضایت آگاهانه و دعوت به همکاری جهت انجام پژوهش بر اساس ملاک های ورود به پژوهش با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و بر اساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. قبل از شرکت دادن آزمودنی ها در مطالعه، مصاحبه بالینی با آنان توسط پژوهشگر انجام و آزمودنی ها از نظر دارا بودن شرایط ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ملاکهای ورود به پژوهش شامل (۱) رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، (۲) جنسیت مرد، (۳) دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، (۴) نداشتن اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی، (۵) داشتن حداقل دو سال زندگی مشترک با همسر هنگام برگزاری جلسات درمانی، (۶) دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم، (۷) داشتن سابقه حداقل ۳ ماه بیماری قلبی و عروقی بر اساس مدارک پزشکی و (۸) عدم اعتیاد به هر گونه مواد بر اساس مصاحبه بالینی و خودگزارش دهی بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل: (۱) عدم همکاری در جریان پژوهش، (۲) غیبت در بیش از دو جلسه و (۳) شرکت در مداخله های روان شناختی دیگر به صورت همزمان بود. لذا بدلیل عدم همکاری یکی از آزمودنی ها، جهت همگن بودن گروه های مورد مطالعه دو نفر از آزمودنی های دیگر حذف گردید و در نهایت در هر گروه داده های ۱۶ نفر تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی با بیماری: پرسشنامه سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری توسط دراگتیس^۲ (۱۹۸۶) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۴۶ سوال است که شیوه نمره گذاری آن براساس یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرتی (صفر تا ۳) می باشد. این مقیاس شامل هفت حوزه: جهت گیری مراقبت بهداشتی (هفت گویه)، محیط خانواده (هشت گویه)، محیط شغلی (شش گویه)، روابط جنسی (شش گویه)، روابط خانوادگی (پنج گویه)، درماندگی روان شناختی (هشت گویه) و محیط اجتماعی (شش گویه) است. حداقل نمره صفر و حداکثر ۱۳۸ است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه حاکی از سازگاری روانی اجتماعی پایین تر است. دراگتیس (۱۹۸۶) روایی همزمان و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۸۷ گزارش داد. در ایران فقهی و همکاران (۱۳۹۵) به بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری دروگاتیس پرداختند. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از مولفه های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۷، ۰/۷۶، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخشی واریماکس حاکی از آن است که این هفت مولفه در

که بیماران مهارت هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجانانگیزی منفی را مدیریت نمایند (گروسمن و اهرنریچ- می،^۱ ۲۰۲۰).

با توجه به آنچه گفته شد از مشکلات روانشناختی عمده مبتلایان به بیماریهای قلبی عروقی عدم سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی است و در این بیماران شیوع اختلالات روان شناختی بسیار چشمگیر است. علاوه بر آن رنج روانی ناشی از آن بسیار شایع و متداول است. مطالبات مداوم و ثابت رفتاری، عدم سازگاری مناسب روانی اجتماعی با بیماری و کاهش رفتارهای خودمراقبتی باعث رنج روانی در این بیماران می شود که بر تبعیت دارویی تاثیر گذار است. با این وجود درمان و آموزش حوزه هایی از خودمراقبتی که بیشترین ارتباط را با بیماری و بیشترین تاثیر را بر نتایج درمان دارد کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در حالیکه امروزه بیماریهای قلبی عروقی از جمله بیماری های مهلکی است که شیوع آن در حال افزایش است و بر فرد مبتلا و افرادی که با او زندگی می کنند تاثیر گذار است. در این راستا مرور پژوهش ها نشان از آن دارد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر طیف گستردهای از متغیرهای روانشناختی مرتبط با سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی مانند استرس، اضطراب، تاب آوری و کیفیت زندگی تاثیر دارد و به نظر می رسد این درمان ها بر مسائل روانشناختی جهت بهبود سازگاری با بیماری و افزایش خودمراقبتی اثرات مثبتی داشته باشد؛ لذا از آنجا که به مداخلات روانشناختی به منظور بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی به شدت احساس می شود، انجام مطالعه برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی ضروری به نظر می رسد و توجه به تمام عوامل ذکر شده، اهمیت پرداختن به این موضوع را بیش از پیش روشن می کند.

اما با این وجود تحقیقات انجام شده در این حوزه در کشور معدود بوده در راستای بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی، در افراد دارای بیماری قلبی عروقی پژوهشی انجام پذیرفته است و خلاء پژوهشی در این زمینه احساس می شود. مضافا اینکه در این زمینه رسیدن به یک رویکرد درمانی انتخابی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. در این راستا این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا اثربخشی رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی در افراد دارای بیماری قلبی عروقی متفاوت است؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد دارای بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به بیمارستان قلب چمران شهر اصفهان در اول اردیبهشت تا آخر تیرماه سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به اینکه در مطالعات نیمه

هر سه گروه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. همچنین، سه گروه پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد.

مجوز لازم برای انجام پژوهش حاضر از کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد (IR.IAU.KHUISF.REC.1401.029) دریافت شد و با هماهنگی با علوم پزشکی اصفهان و بیمارستان قلب شهید چمران اصفهان نمونه مورد نظر انتخاب گردید برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در درمان و آگاهی از روند اجرای کار درباره رعایت نکات اخلاقی به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با مسائل شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه تضاد منافع ایجاد کند، محرمانه باقی مانده و در گزارش‌ها به آنها اشاره نگردد. نام تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت گردید. برای رعایت محظورات اخلاقی پس از اتمام دوره پیگیری و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله جلسات درمان فراتشخیصی قرار گرفتند.

در همهٔ جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات در دستور کار قرار گرفت و بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. خلاصهٔ جلسات آموزشی در جدول ۱ و ۲ آمده است

مجموع ۶۳٪ و هر یک از مقیاس‌ها به ترتیب ۱۸٪، ۹٪، ۱۰٪، ۸٪، ۷٪، ۵٪ و ۷٪ کل مقیاس را تبیین می‌کند. در مجموع بررسی روان‌سنجی در سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری حاکی از آن می‌باشد که این مقیاس از شاخص پایایی و روایی رضایت بخشی برخوردار است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه خودمراقبتی: پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران با نارسایی قلبی (EHFSCB) توسط جارسما^۲ و همکاران (۲۰۰۳) تدوین شده و شامل ۱۲ گویه است که پاسخ به هر یک از آنها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً این طور است با امتیاز ۱ تا اصلاً اینطور نیست با امتیاز ۵ متغیر است. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ است. هر چه امتیاز حاصل از این پرسشنامه کمتر باشد، نشان دهنده رفتار خودمراقبتی بهتر افراد خواهد بود و بالعکس. اعتبار این پرسشنامه به روش روایی محتوا تأیید و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مشخص شد (جارسما و همکاران، ۲۰۰۳). در مطالعه کوهستانی و همکاران (۱۳۹۹) اعتبار علمی نسخه فارسی این ابزار از طریق اعتبار محتوا مشخص شده و ثبات درونی این ابزار در مطالعه‌ای با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تأیید شد.

روند اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر، گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند و قبل از مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری و پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران با نارسایی قلبی اجرا گردید. پس از آن برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی به تفکیک ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسل^۳ (۲۰۰۵) و درمان فراتشخیصی یکپارچه بارلو (۲۰۱۷) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن به تأیید رسیده و بر طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است، آموزش دیدند و گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. نمونه‌گیری در اول اردیبهشت ماه تا اواخر تیرماه انجام و مداخله در مرکز مشاوره توحید توسط پژوهشگر اجرا گردید. ضمناً جهت پیشگیری از خطای انتشار کاربندی (تعامل آزمودنی‌های دو گروه)، جلسات به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌گردید.

برای ویژگی‌های جمعیت شناختی اطلاعات مرتبط با سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل جمع‌آوری شد. همچنین از ویژگی‌های بیماری، مدت زمان بیماری بود که اطلاعات آن از مراجعین دریافت شد و پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل گردیدند. در پایان دوره آموزشی،

1. European Self-Care Behavior Scale
2. Jaarsma

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن بیمار با درمان تعهد و پذیرش	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضاء گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از اهداف جلسات، تاکید بر جنبه های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا
دوم	پذیرش و نگاه واقع بینانه اعضاء به بیماری قلبی عروقی و انعطاف پذیری روانشناختی	ارائه و بازخورد شرکت کنندگان از شرکت در جلسه ی قبل، مرور تکلیف: پذیرش نگاه واقع بینانه اعضاء به بیماری قلبی عروقی، آموزش فنون تداعی آزاد(به ذهن خود اجازه دهند آزادانه در مقابل کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشد). بحث راجع به باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آنها در برهم خوردن انعطاف پذیری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف
سوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و عدم منازعه با افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین چالش با باورهای مثبت و منفی، پذیرش افکار مثبت و تعهد به انجام آنها، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی نسبت به بیماری، آموزش و تمرین فن هدایت فکر، آموزش ذهن آگاهی انحصالی و عدم منازعه با افکار و احساسات، استفاده از استعاره اعداد، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای آزمایش بازداری افکار و احساسات و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی
چهارم	آموزش کنترل به عنوان یک مسأله، ایجاد تمایل به افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مسأله: استفاده از استعاره پلی گراف همراه با استعاره احساسات پاک و ناپاک. معرفی تمایل/ پذیرش: در این مرحله از درمان تلاش گردید تا جایگزینی برای کنترل ارائه شود. استفاده از استعاره دو مقیاس و ایجاد تعهد رفتاری نسبت به تمرین های تمایل. جمع بندی و ارائه تکلیف
پنجم	خود به عنوان زمینه و گسلش	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش: استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس. ارائه تکلیف تمرین مشاهده افکار. تمرین تعهد رفتاری: ادامه تمرینات تمایل ادامه دهند.
ششم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تمرین تجویز ذهن سرگردان. ارائه استعاره شطرنج و مبلمان. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تجویز ذهن سرگردان و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هفتم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویرسازی ابرها. آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکلیف بر مبنای تمرین تصویرسازی ابرها و تمرین تمثیل ایستگاه قطار، و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هشتم	آموزش توجه آگاهی و شناسایی و تصریح ارزشها	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، تکنیک آموزش توجه. تصریح ارزشها و عمل در راستای جهت ارزشمند. جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان
نهم	عمل متعهدانه در راستای ارزشها	مرور تکالیف جلسه ی قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث پیرامون تکالیف خانگی، آموزش تمرین حلقه کلامی. استفاده از استعاره گدای سمج. مرور جلسات گذشته، تکمیل پرسشنامه های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد اعتماد، آشنایی با درمان فراتشخیصی	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشنا سازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تاکید بر جنبه های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا، جمع بندی، دریافت و بازخورد از شرکت کنندگان
دوم	مفهوم سازی مشکل، تصویر سازی مثبت	ارائه و بازخورد شرکت کنندگان از شرکت در جلسه ی قبل، مفهوم سازی مشکل بیماری قلبی عروقی، علائم و نشانه های روان شناختی بیماری قلبی عروقی، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویر سازی ذهنی مثبت از بیماری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان در مورد تصویر سازی ذهنی مثبت از بیماری، ارائه تکلیف
سوم	آگاهی از تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به‌خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، تمرین افکار غیرقضوتی و لحظه ای از تجربیات هیجانی و جهت دهی به سمت تکنیک "اینجا و اکنون" جمع بندی و ارائه تکلیف تکنیک اینجا و اکنون
چهارم	تنظیم هیجانات	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، تمرین برانگیختن هیجان های مثبت و خنثی نمودن هیجانهای منفی، تمرین اجتناب از سرکوبی هیجانی، تمرین انعطاف پذیری ذهنی و پذیرش روانی بیماری، ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر، ارائه تکلیف
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تاثیر آن بر تجارب هیجانی، آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان، تمرین آرمیدگی عضلانی، تمرین ارزیابی شناختی در مورد بیماری و حفظ پاسخهای هیجانی، تمرین شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف پذیری در تفکر، ارائه تکلیف
ششم	شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تاثیر آنها روی تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBS، شناسایی EDBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها، تمرین تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی ناشی از بیماری، بیش برآورد احتمال و فاجعه سازی از بیماری، ارائه تکلیف در مورد نوشتن هیجانات منفی اضطرابی و افسردگی ناشی از بیماری
هفتم	آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، تمرین شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان بیماری و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، ارائه تکلیف
هشتم	تصویرسازی ذهنی مثبت و مثبت اندیشی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، تمرین مثبت اندیشی در مورد مقابله موثر با بیماری
نهم	معرفی مدل رفتاری سه بعدی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان شناختی و رفتار قابل مشاهده، جایگزینی هیجانات مثبت به جای هیجانات منفی در مورد بیماری، رویایی احساسی و رویایی با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر، تکمیل پرسشنامه های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

و برای پیش فرض کرویت از آزمون موچلی^۲، و برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین^۳ و جهت مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بونفرونی^۴ استفاده شد. سطح معنی داری آزمونها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

تحلیل آماری داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده ها تحلیل واریانس آمیخته بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو ویلکز^۱

4. Bonferroni

1. Shapiro-Wilk
2. Mauchly
3. Levene

یافته‌ها

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $41/55 \pm 4/79$ ، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $41/63 \pm 4/36$ سال و در گروه کنترل $42/39 \pm 5/23$ سال به دست آمده است. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت زمان بیماری در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $2/73 \pm 0/89$ سال و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $2/89 \pm 0/92$ سال و در گروه کنترل $2/55 \pm 0/67$ سال حاصل شده است. شرکت کنندگان در گروه آزمایش فراتشخیصی را 25 درصد دیپلم، 12/5 درصد فوق دیپلم، 31/35 درصد لیسانس و 31/25 درصد فوق لیسانس، در گروه پذیرش و تعهد 12/5 درصد دیپلم، 18/75 درصد فوق دیپلم، 42/75 درصد لیسانس و 25 درصد فوق لیسانس و در گروه کنترل 31/25 درصد دیپلم، 12/5 درصد فوق دیپلم، 37/5 درصد لیسانس و 18/75 درصد فوق لیسانس تشکیل دادند. همچنین در گروه فراتشخیصی 43/75 درصد شرکت کنندگان دارای شغل آزاد، 25 درصد دولتی و 31/25 درصد بازشسته، در گروه پذیرش و تعهد 37/5 درصد شغل آزاد، 31/25 درصد دولتی و 31/25 درصد بازشسته و در گروه کنترل 31/25

درصد شغل آزاد، 43/75 درصد دولتی و 25 درصد بازشسته بودند. نتایج تحلیل واریانس در مورد سن و مدت زمان بیماری و همچنین آزمون دقیق فشر در خصوص سطح تحصیلات، و شغل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). در ادامه شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در جدول 3 به تفکیک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی و کنترل ارائه شده است.

جدول 3: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی و کنترل

متغیر	گروه آزمون	کنترل		آزمایش 1 (درمان پذیرش و تعهد)		آزمایش 2 (درمان فراتشخیصی)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری روانی اجتماعی با بیماری	پیش آزمون	88/81	4/707	88/75	4/449	89/18	3/936
	پس آزمون	87/25	4/234	72/81	3/370	75/75	3/214
	پیگیری	87/12	3/964	72/43	4/381	75/81	4/277
خودمراقبتی	پیش آزمون	28/31	4/377	28/81	4/519	28/68	3/859
	پس آزمون	28/89	4/351	38/12	4/660	33/12	4/096
	پیگیری	28/62	4/193	37/61	4/190	32/68	4/198

سه مرحله و در هر سه گروه بود. آزمون لوین نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون موجلی استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری ($P=0/112$; $X^2=4/375$) برقرار و برای خود مراقبتی ($P=0/003$; $X^2=11/632$) برقرار نبود لذا برای متغیر خودمراقبتی از آزمون گرین هاوس گیزر¹ استفاده گردید.

همانطور که نتایج جدول 3 نشان می‌دهد بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار استنباطی تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز بررسی شد و مقادیر این آزمون برای سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح 0/05 غیرمعنادار بودند ($P > 0/05$). این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در خصوص سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در بیماران قلبی عروقی

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
سازگاری روانی اجتماعی با بیماری	درون آزمودنی	زمان×گروه	۲۶۲۵/۰۴۲	۱	۲۶۲۵/۰۴۲	۳۷۷/۰۲۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۳	۱
	بین آزمودنی	گروه	۹۵۷/۶۴۶	۲	۴۷۸/۸۲۳	۶۸/۷۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۷۵۳	۱
خود مراقبتی	درون آزمودنی	زمان	۲۳۳/۷۶۴	۱/۶۲۳	۱۴۴/۰۳۲	۶۰/۹۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۵	۱
	بین آزمودنی	زمان×گروه	۱۵۶/۱۱۱	۳/۲۴۶	۴۸/۰۹۳	۲۲/۷۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۲	۱
	بین آزمودنی	گروه	۱۶۱/۸۴۷	۲	۸۰/۹۲۴	۹/۵۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۹۴۲

آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۸۹/۳ و ۵۷/۵ درصد بوده و معنی دار است. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنی دار به دست آمده است ($P < 0/001$) که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی داری دارند و میزان تفاوت گروهها در مراحل پژوهش در میانگین سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی به ترتیب برابر با ۷۵/۳ و ۳۶/۲ درصد به دست آمده است.

بر اساس جدول ۵، در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیرهای پژوهش معنی دار به دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمرات سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در گروه‌های آزمایش (درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/001$).

نتایج نشان داده است که ۵۸/۴ درصد از تفاوت‌های فردی در سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، ۳۲/۵ درصد در خود مراقبتی به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در متغیرهای پژوهش معنی دار به دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش آزمون، پس

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه میانگین‌های میانگین سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی در بیماران قلبی

مقیاس	گروه پذیرش و تعهد (A)	گروه فراتشخیصی (B)	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
سازگاری روانی اجتماعی با بیماری	گروه پذیرش و تعهد	گروه فراتشخیصی	۲/۲۵۰	۱/۲۸۲	۰/۲۵۸
	کنترل	کنترل	-۷/۴۷۹	۱/۱۸۲	۰/۰۰۰۱
خود مراقبتی	گروه پذیرش و تعهد	گروه فراتشخیصی	-۳/۳۴	۱/۴۸۲	۰/۰۲۱
	کنترل	کنترل	۲/۸۹	۱/۴۸۲	۰/۰۴
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	۶/۲۴	۱/۴۸۲	۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی افراد دارای بیماری قلبی عروقی بود. نتایج نشان داد که تفاوتی بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی وجود ندارد اما در گروه آزمایش هر دو مداخله توانسته‌اند بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معنی داری را داشته باشند. بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مطالعه‌ای در زمینه مقایسه دو روش درمان پذیرش و تعهد و فراتشخیصی در زمینه متغیرهای مورد مطالعه

در جدول ۵، با توجه به معنی داری اثر عاملی گروه و زمان، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروهها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد بین گروههای آزمایشی با گروه گواه در سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خود مراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) که حاکی از اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بود. اما تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله مذکور در سازگاری روانی اجتماعی با بیماری وجود نداشت ($P < 0/001$) در حالیکه در متغیر خود مراقبتی تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخشی بیشتری را داشته است.

کارآمد با آنها مواجه شوند، و با برقراری تعاملات اجتماعی و ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، کفایت و شایستگی اجتماعی خود را تا سطح قابل توجهی افزایش دهند، سازگاری روانی اجتماعی بهتری را با بیماری نشان دهند.

در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی می توان گفت نتایج این تحقیق با بخشهای از نتایج مطالعات اسپنسر و مسودا (۲۰۲۰) و طالبی و همکاران (۱۳۹۶) همسو و هماهنگ است. در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری می توان گفت مدل درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان تاکید می کند و بر اساس چندین چارچوب نظری، تنظیم موفق هیجان با پیامدهای سلامتی مثبت مرتبط است (بلینسکی و همکاران، ۲۰۲۰). این رویکرد با پرداختن به مکانیسم های مشترک مرتبط با مشکلات روانشناختی، به طور خاص، ارزیابی منفی و اجتناب از تجربه هیجانی شدید، می تواند تلاش های آموزشی را ساده تر کند و به سازگاری بیماران کمک نماید. آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل کننده اجتناب از هیجان، آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان است که موجب تعدیل هیجان های افراد می شود. بنابراین آموزش فراتشخیصی با تکیه بر تکنیک های تنظیم هیجان موجب می شود افراد به بازیابی هیجان های منفی خود بپردازند که این خود باعث می شود افراد، هیجان ها را در درون خویش بپذیرند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش های آزمایشی در زمینه پیامدهای پذیرش هیجانی، مشخص کرده است که پذیرش در مقایسه با فرونشانی هیجان ها با تجربه کمتر ترس، افکار فاجعه نمایی، رفتار اجتنابی و بهبودی بهتر در زمینه هیجان منفی همراه بوده است (کمیل-سیلز و بارلو، ۲۰۰۷) و دیگر اینکه مهارت های این رویکرد، شناسایی و کنترل افکار تأثیرگذار بر هیجان های منفی و رفتارهایی که مولد هیجان های منفی هستند، را آسان می کند و همچنین روش های مقابله ای مناسب برای مدیریت صحیح افکار، احساسات و رفتارها را در اختیار بیماران قرار می دهد. به نظر می رسد چنین آگاهی می تواند منجر به پذیرش شرایط، رویارویی سازنده با مسایل و افزایش تاب آوری و سازگاری شود (آگولرا-مارتین و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع مداخلات فراتشخیصی به افراد مبتلا کمک می کند تا بیاموزند که چگونه با هیجان ها و پردازش های شناختی نامناسب خود رو بهرو شده و به شیوه سازگارانه تری به آنها پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت های نظم بخشی هیجانی و شناختی شدت و وقوع عادت های هیجانی و شناختی را کاهش داده و میزان آسیب را کم و سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد. (سار-زووالا، ۲۰۲۰). در بخش دیگری از یافته های پژوهش نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و فراتشخیصی بر خودمراقبتی دو گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر بخشی بیشتری را دارد. همچنین نتایج نشان داد هر دو روش مداخله اثر بخشی معنی داری را بر افزایش خودمراقبتی بیماران قلبی عروقی داشته است. در این رابطه بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که مطالعه ای در زمینه

انجام نشده است اما نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی اجتماعی با بخشهایی از نتایج گودوین^۱ و همکاران (۲۰۱۲) برون^۲ و همکاران (۲۰۱۵)؛ داویسون^۳ و همکاران (۲۰۱۷)؛ عبدالله زاده و کبیری نسب (۱۳۹۷)؛ خسروشاهی و همکاران (۱۳۹۸)؛ حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۸؛ ادیسی (۱۳۹۹)؛ حکم آبادی (۱۳۹۹)؛ اسپنسر و مسودا (۲۰۲۰)؛ اسمیت^۴ و همکاران (۲۰۲۱)؛ حسینی و همکاران (۱۴۰۰) هماهنگ است.

در تبیین این یافته می توان گفت در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به نظر می رسد شناخت علت بیماری و پیدایش آگاهی نسبت به مسائل و مفاهیم مرتبط با بیماری باعث درک ماهیت بیماری و انطباق و سازش بهتر با بیماری می شود. احتمالاً توجه بیشتر به مسائل روانشناختی در قالب شش ضلعی انعطاف پذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار آموزه های مختص بیماریهای قلبی عروقی می تواند بر اجتناب از افکار و موقعیت بیماری و پذیرش بهتر آن تأثیر بگذارد و بیماران را متعهد سازد تا در مسیر ارزشهای ضروری و مورد نیاز خود حرکت نموده و پایش بهتری نسبت به نیازها و وضعیت روانی و جسمی خود داشته باشند (هایس، ۲۰۱۹). همچنین زیستن در زمان حال، توجه به خود به عنوان زمینه باعث می شود فرد ارزیابی بهتری نسبت به نیازهای واقعی روانی و جسمی خود داشته باشد و فعالیت های متعهدانه ای را در راستای ارزشها و اهداف خود انجام دهد. بنابراین از آنجا که به فرد آموزش داده می شود که هیجانها و احساسات خود را بدون به کارگیری مکانیسم های دفاعی بپذیرد و بتواند فارغ از این فرایند شناختی صورت گرفته، به دیگر امور شناختی و رفتاری خود ادامه دهند، قاعدتا آنها خود را از بستر افکار خودکار رها کرده و روی به اعمال مبتنی بر تفکر مستقل و خود آگاهانه می آورند لذا سازگاری روانی اجتماعی بهتری با بیماری خود بدست می آورد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان ها بسیاری از احساسات، هیجانها یا افکار درونیشان را آزرده می دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش ها برای کنترل بی تأثیر بوده و به طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانها و افکار می شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند و نتیجه انعطاف پذیری روان شناختی چیزی جز افزایش توانایی بیماران برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است و به شیوه ای عمل نمایند که منطبق با ارزش های انتخاب شده باشد. این تجربه در زمان حال به افراد کمک می کند تغییرات را آن گونه که هست تجربه کنند، نه آنگونه که ذهن می سازد. در واقع، بیماران قلبی - عروقی با تکیه بر تکنیک های برآمده از این رویکرد درمانی و بهره مندی از تاب آوری بالا می توانند با وجود شرایط سخت محیطی و مشکلات زندگی به رشد طبیعی خود ادامه دهند و به جای اجتناب از مشکلات، با اتخاذ راه حل ها و راهبردهای

مقایسه دو روش درمان پذیرش و تعهد و فراتشخیصی در زمینه خودمراقبتی انجام نشده است اما نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی با بخشهایی از نتایج سعیدی و همکاران (۱۴۰۰)؛ میا (۲۰۲۱)؛ برون^۱ و همکاران (۲۰۱۵)؛ اسپنسر و مسودا (۲۰۲۰)؛ گودوین و همکاران (۲۰۱۲) همسو و هماهنگ است

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی در عین پذیرش رنجی است که زندگی ناچاراً با خود به همراه دارد تا فرد بتواند یک زندگی غنی و معنادار داشته باشد (هایس، ۲۰۱۹). در این رابطه نشان داده شده است، ذهن آگاهی منجر به کاهش علائم روانشناختی در افراد مختلف می‌شود خودنظارت گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد، منجر به بهبود مکانیسم های بدنی و بهبود مراقبت از خود می‌شود (درخشان و همکاران، ۱۴۰۱). تکنیک های برنامه مداخله، به بیماران کمک کرد تا نسبت به هر نوع احساس اضطراب و استرس ادراک شده که در بدن و ذهنشان وجود دارد، آگاه شوند و به آنها اجازه بدهند که باشند. این به این معنی است که بدون تحلیل کردن، سرکوب کردن، و یا تحریک کردن، با این احساسات و استرس ادراک شده همراه باشند. اگرچه به نظر می‌رسد این کار به خودی خود ترسناک باشد، ولی بعداً متوجه می‌شوند زمانی که به خودشان اجازه می‌دهند که این نگرانی‌ها، ناراحتی‌ها، خاطرات دردناک و دیگر افکار و هیجانات سخت را بشناسند و احساس کنند، به خود کمک می‌کنند تا با این مسائل کنار بیایند. به جای صرف انرژی برای جنگ یا فرار از این احساسات و افکار، همراه بودن با "آنچه اتفاق می‌افتد"، این فرصت را فراهم می‌کند تا نسبت به آن چیزی که نگرانی‌های افراد را هدایت می‌کند، آگاه شوند. وقتی علت اصلی اضطراب و نگرانی ناشی از بیماری کشف می‌شود، حس آزادی به وجود می‌آید. در اصل، این، فرآیند یادگیری اعتماد کردن و همراه بودن با هیجانات ناراحت کننده و پذیرش آنها به جای فرار کردن و یا تحلیل کردن آنها است. همچنین تکنیک های درمان پذیرش و تعهد، به شرکت کنندگان آموزش می‌دهد تا نسبت به مشکلات استرس زای بیماری خود رویکردی آگاهانه، بدون قضاوت و توأم با پذیرش بیشتری داشته باشند. بنابراین، از آنجا که خودمراقبتی به طور معنی داری با استرس و افسردگی همبستگی دارد، انتظار می‌رود با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییرات مثبتی در برخی از کارکردهای روانشناختی مانند کاهش استرس، افزایش بهزیستی و سلامت روان ایجاد شود و در نهایت منجر به بهبود جسمی و روانی فرد و در نهایت خود مراقبتی بهتر در افراد مبتلا به بیماریهای قلبی شود.

در تبیین اثر بخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خود مراقبتی افراد دارای بیماری قلبی و عروقی می‌توان گفت یکی از اثرات مهم درمان فراتشخیصی، کمک به کنترل هیجان منفی و تلاش برای بهبود است. یکی از مولفه های موثر بر درمان بیماری قلبی عروقی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی افراد و توجه به سلامتیشان است. درمان فراتشخیصی، کنترل هیجان را به بیماران آموزش می‌دهد، احساس کنترل بر محیط و احساس

خود اثربخشی را ارتقا می‌بخشد و از این طریق، رفتار خودمراقبتی را که عدم رعایت آن مهمترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران قلبی عروقی است را کاهش می‌دهد. این روش درمانی می‌تواند منجر به افزایش توانمندی در پذیرش وضعیت های موجود و غیرقابل پیش بینی شده و از این طریق، وضعیت و شرایط زندگی بیماران قلبی را بهبود بخشد و رفتارهای خودمراقبتی آنان را افزایش دهد. همچنین از آنجا که یکی از تکنیک های این درمان ارزیابی مجدد شناختی است، نتایج پژوهش ها نشان می‌دهد که کاربرد این راهبرد تنظیم هیجان با کاهش نشانه‌های اختلالات خلقی و اضطرابی در افراد مرتبط است (ساکریس و برل، ۲۰۱۹). ارزیابی مجدد شناختی سبب می‌شود تا افراد مبتلا در ظرفیت روانی و شناختی خود تجدید نظر کنند و با فعال سازی ظرفیت روان خود قدرت تحمل فشارهای روانی ناشی از بیماری را که اثر منفی و بعضاً ناامیدانه بر رفتارهای خودمراقبتی دارد، بهبود بخشند. در واقع ارزیابی مجدد شناختی با افزایش انعطاف پذیری شناختی در موقعیت های ارزیابی، سبب می‌شود تا افراد در موقعیت‌های تنش‌زا به جای بزرگ نمایی و فاجعه سازی، ارزیابی عینی و واقع بینانه تری داشته، رفتار، افکار و هیجانات اجتنابی کمتری را نشان دهند و در پیروی از درمان و رفتارهای خودمراقبتی انگیزش و تلاش بیشتری نمایند. از سوی دیگر درمان فرا تشخیصی بر راهبرد معیوب اجتناب هیجانی و شناختی تاثیرگذار است. اجتناب به عنوان راهبردی تعریف می‌شود که افراد از طریق آن هیجان‌ها افکار شناخت ها و حس های بدنیشان را تغییر داده یا کنترل می‌کنند. اجتناب هیجانی و شناختی عموماً منجر به افزایش تعداد و شدت همان افکار و احساس هایی می‌شود که فرد سعی در سرکوب آنها دارد و منجر به تداوم هیجان های منفی از قبیل استرس و برانگیختگی می‌شود (گروسمن و اهرنریچ-می، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش نشان داد که تکنیک های درمان فرا تشخیصی باعث کاربرد کمتر اجتناب تجربه‌ای شده و به افراد دارای بیماری قلبی کمک می‌کند تا یاد بگیرد با هیجان‌ها و پردازش های شناختی منفی که قدرت مقابله‌ای و تحمل روانی آنان را کاهش می‌دهد و بر روی رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی آنها تاثیر گذار است مدیریت نموده و با اصلاح آنها، قدرت تحمل بالاتری را تجربه نمایند.

در تبیین اثر بخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان فراتشخیصی می‌توان گفت نگرشی که یک فرد نسبت به بیماری خود دارد بر سازگاری وی با بیماری و رفتار های خودمراقبتی آن اثر دارد. هنگامی که فرد نسبت به بیماری خود تفکرات منفی داشته باشد و آن را غیر قابل کنترل فرض کند، نسبت به بهبودی ناامید خواهد شد. لذا در این رابطه تمرین های ذهن آگاهی یک شیوه تغییر نگرش نسبت به مشکلات به ویژه مشکلات لاینحل و اجتناب ناپذیر زندگی نظیر ابتلا به یک بیماری مزمن، به گونه ای غیر قضاوتی و همراه با پذیرش است. بر این اساس انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییر نگرش فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی نسبت به بیماری اش گردیده، به افراد کمک کند تا تجربه های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آنها به ارزش های زندگی نظیر سلامتی و اموری که برایشان بااهمیت است، بپردازند.

درمان پذیرش و تعهد از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت به گونه ای، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آنها، به افراد کمک می کند تا خود را آسیب دیده و یا بدون امید احساس نکنند و زندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود. به طور کلی در مقایسه با درمان فراتشخیصی می توان گفت، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، منجر به افزایش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران شده است. در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند در رابطه با بیماری شدند. در واقع در فرایند این درمان، به بیماران آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزشهایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند.

پژوهش حاضر مانند پژوهش های دیگر با محدودیت هایی مواجه بود، نظیر محدودبودن جامعه پژوهش به بیماران قلبی عروقی بیمارستان چمران شهر اصفهان، مهارنشدن متغیرهای شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر سازگاری اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی عروقی، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و عدم بهره گیری از روش های نمونه گیری تصادفی، از محدودیت های پژوهش حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران قلبی در سطح کاربردی پیشنهاد می شود مسئولان علوم پزشکی و بیمارستان چمران با بکارگیری روانشناسان و مشاوران مجرب، خدمات روان شناختی موثری به بیماران قلبی عروقی ارائه دهند. این روند با بهبود وضعیت روانشناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران می تواند روند پیگیری درمانی و بهبود بیماران را نیز تسریع کند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری می باشد. بدینوسیله نویسندگان از مسولان بیمارستان قلب چمران اصفهان و کلیه شرکت کنندگان که در تکمیل و توزیع پرسشنامه ها دقت و وقت کافی مبذول داشتند و در مرحله اجرایی پژوهش همکاری نمودند نهایت تشکر و قدردانی به عمل می آورند.

منابع

ادریسی، حسین. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری فردی-اجتماعی و سلامت روان زوجین ناراضی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*، ۴(۸)، ۱-۱۳.

اسدی حسن وند، اسد؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ قمری کیوی، حسین و شیخ الاسلامی، علی. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روش های مداخله فراتشخیصی

یکپارچه نگر و راه حل - محور بر افکارخودکشی در قربانیان تجاوز جنسی. *مطالعات روان شناختی*، ۱۸(۴)، ۷-۱۸.

بهداری، زهرا؛ رباط میلی، سمیه و قربان جهرمی، رضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه بر نشانه های اضطرابی و افسردگی همایند در مادران خانه دار. *پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۴)، ۸۲-۹۸.

پورقانع، پرنده؛ امیری نژاد، پگاه و رضوی طوسی، سیدمحمدتقی. (۱۴۰۰). بررسی تاثیر توانبخشی قلبی بر میزان رضایت جنسی بیماران بعدجراحی عروق کرونری قلب. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۰(۱۱۷)، ۵-۱۳.

حکم آبادی، محمد ابراهیم؛ بیگدلی، ایمان الله؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد و اسدی، جوانشیر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی. *روان شناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۲۵-۳۶.

حسن زاده، منیره؛ اکبری، بهمن و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی و عملکرد جنسی زنان با سابقه نابرووری. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، ۲۷(۴)، ۲۵۰-۲۵۹.

حسینی، سیده ساره؛ احدی، مروارید؛ حاتمی، محمد و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان پرستاری*، ۱۹(۱)، ۱۰۲-۸۲.

جعفری هرندی، مرضیه و عارفی، مژگان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب سلامت و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اضطراب ناشی از پاندمی ویروس کووید-۱۹. *روانشناسی سلامت*، ۴۲(۱۶)، ۷-۲۷.

خسروشاهی، حسین؛ میرزائیان، بهرام و حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی، *مطالعات ناتوانی*، ۹(۱)، ۸۵-۹۹.

درخشان، جان افسون؛ حقایق، سعیدعباس؛ افشار زنجانی، حمید و ادیبی، پیمان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و ویژگی تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰(۳)، ۴۳۷-۴۲۵.

روحانی، مهین؛ آقازاده گودللو، امید؛ دین محمدی، محمدرضا؛ قربانی، اسما و غیائی، فاطمه. (۱۴۰۱). تاثیر آموزش خودمراقبتی فردی و گروهی بر رفتارهای خودمراقبتی و بستری مجدد افراد مبتلا به نارسایی قلبی. *نشریه پرستاری قلب و عروق*، ۱۱(۱)، ۵۸-۶۷.

زارعی فسخودی، بنت الهدی؛ کربلایی محمد میگوونی، احمد؛ رضابخش، حسین و قلیچی، لیلا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت زبان. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۱۸۵-۲۰۹.

سعیدی، ابوطالب؛ جبل عاملی، شیدا؛ گرجی، یوسف و ابراهیمی، امراله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت. *پرستاری دیابت*، ۹(۳)، ۱۶۳۳-۱۶۴۷.

طالبی، نجمه؛ نایینی داورانی، مهسا؛ نوروزی کوهدشت، رضا و یعقوبی، لیلا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی زنان ناباور، *نشریه اصول بهداشت روانی*، ۳(۱۹)، ۱۶۰-۱۶۶.

- acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 73(3), 58-66.
- Burnette, D., Duci, V., & Dhembo, E. (2017). Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho oncology*, 26(6), 779-786.
- Davison, T. E., Eppingstall, B., Runci, S., & O'Connor, D. W. (2017). A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*, 21(7), 766-773.
- Derogatis, L. R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
- Dickson, V. V., Iovino, P., De Maria, M., Vellone, E., Alvaro, R., Di Matteo, R., Dal Molin, A., Lusignani, M., Bassola, B., & Maconi, A. (2022). Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory Version 3.0. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 1078-1097.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(3), 666-678.
- Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabi, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., & Debbané, M. (2023). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clinical and Health*, 34(1), 15-22.
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twhig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(5), 181-192.
- Goodwin, C. L., Forman, E. M., Herbert, J. D., Butryn, M. L., & Ledley, G. S. (2012). 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*, 36(2), 199-217.
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226-227.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2005). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science, Business Media.
- Hosseini, S. A., Karampourian, A., Shamsizadeh, M., & Mohammadi, Y. (2023). Application of Haddon strategy training on self-care behavior and disease consequences in heart failure. *Journal of Vascular Nursing*, 4(7), 34-53.
- Hosseini, S. S., Ahadi, M., Hatami, M., & Khalatbari, J. (2021). Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and acceptance and commitment therapy on resilience, psychological well-being and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 89-102.
- عبداله زاده، حسن و کبیری نسب، یوسف. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شرم درونی و عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی. *روانشناسی سلامت*، ۲۸(۷)، ۱۸۴-۱۹۹.
- علوی، زهرا؛ قاسم زاده، سوگند؛ ارجمندنیا، علی اکبر؛ غلمعلی لولسانی، مسعود و وکیلی، سمیرا. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر تنظیم هیجان دانش آموزان کودک مضطرب و شیوه های فرزندپروری مادران آنها. *مطالعات روانشناختی*، ۱۸(۲)، ۳۴-۲.
- فقهی، حمیده؛ سعادت جو، سیدعلیرضا؛ دستجردی، رضا؛ کلانتری، سهیلا و علیدوستی، معصومه. (۱۳۹۵). تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل سازگاری «روی» بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو بیرجند. *پرستاری دیابت*، ۴(۲)، ۸-۲۴.
- کوهستانی، فهیمه؛ رضایپورمیر صالح، یاسر و بهجتی اردکانی، فاطمه. (۱۳۹۹). رابطه بین محیط خانواده، تعهد زناشویی، حمایت همسر و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی: یک مطالعه معادلات ساختاری. *روانشناسی سلامت*، ۳۹(۳)، ۸۹-۱۱۲.
- نرگسی، فریده؛ فتحی آشتیانی، علی؛ داودی، ایران و اشرفی، عماد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۶(۲)، ۴۹-۶۶.
- Arenhall, E., Kristofferzon, M.L., Fridlund, B., Malm, D., & Nilsson, U. (2011). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(2), 108-114.
- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Venceslá, J. F., ... & Moriana, J. A. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): a multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC psychiatry*, 22(1), 99.
- Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875- ...
- Bielinski, L. L., Krieger, T., Moggi, F., Trimpop, L., Willutzki, U., Nissen, C., & Berger, T. (2020). Remotion blended transdiagnostic intervention for symptom reduction and improvement of emotion regulation in an outpatient psychotherapeutic setting: protocol for a pilot randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 9(11), 209-36.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric

- dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 331(4), 313-21.
- Peng, Y., Fang, J., Huang, W., & Qin, S. (2019). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *International heart journal*, 60(3), 665-670.
- Pushkarev, G., Kuznetsov, V., Yaroslavskaya, E., & Bessonov, I. (2019). Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 119(5), 74-78.
- Pyngottu, A., Werner, H., Lehmann, P., & Balmer, C. (2019). Health-related quality of life and psychological adjustment of children and adolescents with pacemakers and implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *Pediatric Cardiology*, 40(4), 1-16.
- Riegel, B., Barbaranelli, C., Carlson, B., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., Miller, J., Osokpo, O., Lee, S., & Brown, S. (2019). Psychometric testing of the revised self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing*, 34(2), 183.
- Ryan, A. K., Pakenham, K. I., & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*, 55(3), 196-207.
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72(4), 101-123.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 264(5), 438-445.
- Smith, B. P., Coe, E., & Meyer, E. C. (2021). Acceptance and commitment therapy delivered via telehealth for the treatment of co-occurring depression, PTSD, and nicotine use in a male veteran. *Clinical Case Studies*, 20(1), 75-91.
- Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies*, 19(3), 163-179.
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104(8), 211-216.
- Sun, C., Jia, M., Wu, H., Yang, Q., Wang, Q., Wang, L., & Xu, H. (2021). The effect of comfort care based on the collaborative care model on the compliance and self-care ability of patients with coronary heart disease. *Annals of Palliative Medicine*, 10(1), 501-508.
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group Idrissi, H. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Personal-Social Adjustment and Mental Health of Dissatisfied Couples Referred to Counseling Centers in Tehran. *Journal of Psychology new Ideas*, 4(8), 1-13.
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K., ... & Takebayashi, Y. (2022). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 7(3), 1-12.
- Jaarsma, T., Strömberg, A., Mårtensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self care behaviour scale. *European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370.
- Khalili, D., Haj Sheikholeslami, F., Bakhtiyari, M., Azizi, F., Momenan, A. A., & Hadaegh, F. (2014). The incidence of coronary heart disease and the population attributable fraction of its risk factors in Tehran: a 10-year population-based cohort study. *PLoS one*, 9(8), 105-114.
- Kolokotroni, P., Anagnostopoulos, F., & Missitzis, I. (2017). Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Factor structure, reliability, and validity assessment in a sample of Greek breast cancer patients. *Women & health*, 57(6), 705-722.
- Lee, E.-H., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. *Asian nursing research*, 10(1), 82-87.
- Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of cellular physiology*, 234(10), 16812-16823.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice: pilot outcome and process results. *The Journal of Pain*, 14(11), 1398-1406.
- Mensah, G. A., Roth, G. A., & Fuster, V. (2019). The global burden of cardiovascular diseases and risk factors: 2020 and beyond. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(20), 2529-2532.
- Mogre, V., Johnson, N. A., Tzelepis, F., Hall, A., & Paul, C. (2020). Barriers to self-care and their association with poor adherence to self-care behaviours in people with type 2 diabetes in Ghana: A cross sectional study. *Obesity Medicine*, 18(7), 1002-1023.
- Otared, N., Mikaeili, N., Mohajeri, N., & Vojoudi, B. (2017). The Effect of Unified Transdiagnostic Treatment on Anxiety Disorders and Comorbid Depression: Single-Case Design. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*, 4(4), 54-62.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2022). Effectiveness of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, 32(3), 329-442.
- Peris-Baquero, ... , Moreno-Pérez, J. D., Navarro-Haro, M. V., Díaz-García, A., & Osma, J. (2023). Emotion

- cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 46(4), 56-64.
- Tavakoli, F., Kazemi-Zahrani, H., & Sadeghi, M. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on adherence to treatment and self-caring behavior in patients with coronary heart disease. *ARYA atherosclerosis*, 15(6), 281-293.
- Tonarely-Busto, N. A., Phillips, D. A., Saez-Clarke, E., Karlovich, A., Kudryk, K., Lewin, A. B., & Ehrenreich-May, J. (2023). Applying the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents to misophonia: a case example. *Evidence-based practice in child and adolescent mental health*, 8(1), 133-1...
- Walli-Attai, M., Joseph, P., Rosengren, A., Chow, C. K., Rangarajan, S., Lear, S. A., AlHabib, K. F., Davletov, K., Dans, A., & Lanas, F. (2020). Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, 396(10), 97-109.
- Westland, H., Jaarsma, T., Riegel, B., Iovino, P., Henry Osokpo, O., Stawnychy, M., & Tarbi, E. (2020). Self-care interventions in patients with coronary artery disease: room for improvement. *European Heart Journal*, 41(2), 946. 3412.
- Yildiz, F. T., & Kaşıkçı, M. (2020). Impact of training based on Orem's theory on self-care agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *The Journal of Nursing Research*, 28(6), e125.

