



تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی

نسیم تیموری

سعید تیموری*

محمدحسین بیاضی

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

s.teimoori@iautj.ac.ir

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت بیماران قلبی انجام شده است. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد بررسی شامل بیماران قلبی (کرونی) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان تایباد در سال ۱۳۹۹ بود. از بین بیماران قلبی (کرونی) نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و در یک گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و یک گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. (۱۵ نفر در هر گروه). داده‌ها با استفاده از پرسشنامه رفتارهای ارتقاء سلامت (والکر و همکاران، ۱۹۸۷) و پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۹) به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار Spss.22 انجام گرفت. **یافته‌ها:** تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری (کرونی) $F=76/48, P=0/001$ و رفتارهای ارتقاء سلامت $F=10/89, P=0/001$ تأثیر داشته است و این نتیجه تا پایان دوره پیگیری ماندگار بود. نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بیماران قلبی، این درمان به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای سطح زندگی بیماران قلبی هم‌زمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، رفتارهای ارتقاء سلامت، ادراک بیماری

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۳۵-۵۰
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(تیموری، تیموری و بیاضی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

تیموری، نسیم، تیموری، سعید، و بیاضی، محمدحسین. (۱۴۰۱). تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۳۵-۵۰.

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی^۱ از انواع بیماری‌های مزمن است که سبب اختلال در خون‌رسانی قلب به مغز و سایر نواحی محیطی اثرگذار است (موسوی نسب و همکاران، ۱۳۹۶). امروزه این بیماری‌ها از عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه محسوب می‌شوند (شارما، لندلی و گریدزینسکی، ۲۰۲۰). جمع بسیار زیادی از بیماری‌های قلبی موجب بستری شدن‌های مکرر با صرف هزینه‌های بالا برای جامعه و دولت می‌گردد (آوتو و همکاران، ۲۰۲۱). از مهم‌ترین علل پیامدهای بیماری قلبی مربوط به عدم آگاهی افراد از عواقب آن و شیوه‌های پیشگیری از آن می‌باشد (لوک، ۲۰۲۰). این در حالی است که در بسیاری از موارد این بیماری‌ها قابل پیشگیری بوده و رفتارهای بهداشتی مناسب می‌تواند فرد را از ابتلا به این بیماری‌ها مصون ساخته و یا باعث حداقل خطر شود. نتایج تحقیقات انجام یافته نشان می‌دهند که توصیه‌های بهداشتی جهت اتخاذ رفتارهای بهداشتی تنها در صورتی از طرف بیمار و خانواده وی اجرا می‌شود که به صورت اعتقاد و باور در فکر، ذهن و عمل بیمار در آمده باشد و جهت عملی شدن این توصیه‌ها از سوی بیمار و خانواده او به مشارکت آن‌ها در امر مراقبت و حفظ رفتارهای بهداشتی نیاز است و مشارکت تنها در صورتی تحقق می‌یابد که به صورت اعتقاد و باور بهداشتی در آید (مرادی، ۱۳۸۵). اهمیت رفتارهای ارتقاء سلامت، به عنوان یک استراتژی کلیدی برای حفظ کیفیت زندگی خوب شناخته شده است (گرین و همکاران، ۲۰۱۹)؛ با توجه به شرایط حاد اقتصادی و استرس بالای اکثریت افراد و آلودگی‌های آب و هوایی، شیوع این بیماری در ایران بسیار گسترش یافته، به طوری که اولین علت مرگ و میر در افراد میانسال با سن ۳۵ سال به بالا شده است (مهتا و همکاران، ۲۰۲۰). پیش‌بینی شده است که تا ۱۰ سال آینده، میزان مرگ و میر افراد بر اثر بیماری‌های قلبی عروقی به بیش از ۲۳ میلیون مرگ در سال در سراسر جهان برسد (کوهی، صالحیان، محمدیان، ۱۳۹۴).

مطابق با تئوری‌های نظریه‌پردازان، رفتارهای ارتقاءدهنده‌ی سلامت تأثیرات مثبتی بر کیفیت زندگی دارد، به طوری که افراد با رفتارهای ارتقاءدهنده، سالم‌تر بوده و بار بیماری و ناتوانی کم‌تری خواهند داشت (لی، کو و لی، ۲۰۰۶). طبق نظریه‌ی پندر رفتار ارتقاءدهنده سلامت به هرگونه اقدامی اطلاق می‌شود که جهت افزایش یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می‌گیرد (پکر و برمک، ۲۰۱۱). ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به طور مستقیم با این رفتارها ارتباط دارد و باعث بهبود سلامتی، کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌شود (حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۶). رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، فعالیت‌های مناسبی جهت بهبود وضعیت سلامت و نیز پیشگیری از تشدید نقصان عملکردی ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشند. در همین راستا، نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که بین قدرت درونی و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت زنان مبتلا به نارسایی قلبی همبستگی معنادار وجود دارد. با توجه به رابطه بین سبک زندگی و بروز بیماری‌های قلبی عروقی، تأکید بر تعدیل سبک زندگی و انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به عنوان عامل مهمی در تعیین پیش‌آگهی و عوارض این بیماری‌ها کاملاً برجسته و قابل توجه است (تقدسی و گیلانی، ۱۳۸۷). آموزش بهداشتی از طریق دادن آگاهی به مردم و ایجاد نگرش‌ها و گرایش‌های بهداشتی در آن‌ها، انگیزه‌های لازم را جهت

تغییرات رفتاری به وجود می‌آورد. اثربخشی مداخلات آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر تغییر باورهای بهداشتی، افزایش آگاهی و ارتقای رفتارهای مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن از جمله بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد به اثبات رسیده است (ژاکوب و همکاران، ۲۰۱۹).

بیماری‌های قلبی عروقی با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی- روانی مختلف مانند درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب‌الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می‌شود (فتولا و همکاران، ۲۰۱۳). به علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرند (هالمو و همکاران، ۲۰۱۳). شیوع افسردگی در این بیماران بین ۱۵ تا ۳۶ درصد متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵ درصد نیز گزارش شده است. همچنین، ۴۰ درصد این بیماران ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند. مطالعات نشان داده‌اند که سطح کلی اضطراب این بیماران در حدود ۶۰ درصد بیش‌تر از افراد سالم است (چیو گراهام و همکاران، ۲۰۱۰). به علاوه، کاهش سلامت روان در بیماران قلبی عروقی بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و موجب اختلال عملکرد آن‌ها در ابعاد گوناگون می‌شود (تقدسی و همکاران، ۲۰۱۴).

بیماران بعد از تشخیص بیماری، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند. عوامل مختلفی در واکنش به بیماری نقش دارند. از جمله‌ی این عوامل کیفیت ادراک هر فرد از بیماری خود می‌باشد (لونتال و همکاران، ۱۹۹۷). منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از جنبه‌های مختلف به وضعیت جدید خویش است (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج مطالعه‌ی انجام شده توسط لونتال، (۱۹۸۴) نشان داد که باورهای هر فرد از بیماری‌اش بر شش زمینه که عبارتند از: ماهیت بیماری، علت ایجاد بیماری، مدت زمان بیماری، پیامدهای بیماری، کنترل پدیده بیماری، احساس وابستگی و درماندگی استوار است. پارسامهر و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که رابطه‌ی معناداری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری قلبی پس از جراحی بای‌پس کرونر وجود دارد. بین ادراک پایین بیماری با کیفیت زندگی پایین‌تر، سازگاری کم‌تر با بیماری، افسردگی، پیروی ضعیف‌تر از دستورات درمانی و پیش‌آگهی ضعیف‌تر، ارتباط وجود دارد (میکی ویسن و همکاران، ۲۰۱۲). در تحقیقی نشان داده شد که برگزاری جلسات آموزشی با هدف افزایش آگاهی و ادراک بیماران از بیماری خود منجر به کوتاه شدن دوره نقاهت و افزایش توانایی در بازگشت به محیط کار قبلی آن‌ها می‌شود (برودبنت و همکاران، ۲۰۰۹).

بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی به علت علائم ناتوان‌کننده‌ی بیماری ممکن است توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید به زندگی خود را از دست بدهند. لذا در درمان این بیماری‌ها هدف بهبودی نیست، بلکه ادامه زندگی مستقل و تا حد امکان دارای یک کیفیت مطلوب و توأم با احساس رضایت و کارآمدی مطرح می‌باشد. در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان-شناختی بیماری‌های مزمن به کار رفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است که توسط هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ACT شناخته

شده که ریشه در رفتارگرایی دارد اما توسط فرایندهای روان‌شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳).

این درمان مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی را به شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در هم می‌آمیزد و به درمان‌جویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی - شناختی، هدف ACT تغییر شکل یا کاهش افکار و احساسات آزاردهنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری شناختی است. منظور از انعطاف‌پذیری شناختی توانایی تماس با لحظه‌ی حال زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است. رفتاری که به مقتضیات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به عبارت دیگر، این رویکرد به افراد کمک می‌کند حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش‌بخش‌تری داشته باشند (فلیکس من و باند، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن این درمان بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد. فتیحی و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان‌دهنده تغییرات مثبت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و کاهش معنادار افسردگی بود. فاضلی کبریا و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است. ترام پتر و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود رابطه بین اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در علائم افسردگی، اضطراب و سلامت روانی مثبت را نشان دادند.

امروزه پزشکان برای درمان بیماری‌های قلبی درمان‌های دارویی و غیردارویی تجویز می‌کنند، درمان‌های دارویی بر اساس داروهای شیمیایی هستند اما شیوه درمان‌های غیر دارویی در بیماران در جهت حذف عوامل زمینه‌ای و تغییر سبک زندگی می‌باشد (فوسار پولی، ۲۰۱۹). در میان رویکردهای روان‌شناختی موج سوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و ادراکات فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است. مفهوم اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که رنج‌های روان‌شناختی به وسیله اجتناب کردن از تجارب، شکست در برآورد کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود. در درمان پذیرش و تعهد به مراجع آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرند و در اینجا و اکنون از انعطاف‌پذیری بیش‌تری برخوردار شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به آن‌چه بیان شد، این مطالعه درصدد است به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روان‌شناختی رفتارهای ارتقاء سلامت و ادراک بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بپردازد. انجام پژوهش در این حوزه و کشف تأثیرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی، تا حد زیادی می‌تواند 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 می‌تواند در مراکز بهداشت برای کمک به پرستاران، بیماران قلبی و خانواده‌ها و همچنین به عنوان رویکردی در مشاوره فردی و گروهی به منظور بهبود وضعیت روانی و جسمانی افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی مورد استفاده قرار گیرد. لذا در این پژوهش، پژوهشگر به این سؤال پژوهشی پاسخ خواهد داد:

۱- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقاء سلامت و ادراک بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد؟

۲- آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقاء سلامت و ادراک بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش ۳۰ نفر از بیماران قلبی (کرونری) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان تایباد بود. روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس آزمودنی‌ها به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه‌های آزمایشی و ۱۵ نفر در گروه گواه قرار گرفت. با استفاده از ابزارهای پژوهشی از همه آن‌ها پیش‌آزمون گرفته شد. در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط درمانگر آموزش دیده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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 ۸ جلسه از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از شش ماه، دوره پیگیری اجرا شد. در پایان پژوهش این درمان بر روی گروه گواه نیز اجرا خواهد شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: ۱- افراد دارای حداقل مدرک تحصیلی سیکل باشند. ۲- دامنه سنی بین ۳۵ تا ۵۵ سال باشد. ۳- افراد تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش داشته باشند. ۴- دریافت تشخیص بیماری قلبی (کرونری) توسط متخصص قلب و آنژیوگرافی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارتند از: ۱- ابتلا به اختلال روانپزشکی حاد همزمان ۲- وجود علائم شدید مربوط به بیماری قلبی که فرد امکان حضور در جلسات را نداشته باشد. ۳- عدم تمایل فرد به ادامه درمان.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه رفتارهای ارتقاء سلامت^۱. این پرسشنامه که توسط والکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ تدوین شده است شامل ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در شش بعد رشد معنوی و خودشکوفایی فردی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه می‌باشد. این پرسشنامه حاوی ۵۲ سؤال است که به صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای، (۱) هرگز، (۲) گاهی اوقات، (۳) معمولاً و (۴) همیشه نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کسب شده در هر سؤال دامنه‌ای از ۱-۴ دارد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت ۲۰۸-۵۲ است که برای هر بعد، نمره‌ی جداگانه محاسبه می‌شود. نمره رشد معنوی و خودشکوفایی فردی (۹-۳۶)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (۹-۳۶)، روابط بین‌فردی (۹-۳۶)، مدیریت استرس (۸-۳۲)، فعالیت فیزیکی (۷-۲۸) و تغذیه (۱۰-۴۰) می‌باشد. در هر بعد و در نمره کلی پرسشنامه، نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انجام رفتارهای سلامتی بیشتر و شیوه زندگی سالم‌تر است (محمدی زیدی و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش امینی و همکاران (۲۰۱۶) پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در ابعاد رشد معنوی و خودشکوفایی فردی، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت، روابط بین‌فردی، مدیریت استرس، فعالیت فیزیکی و تغذیه به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۶۰، ۰/۶۷، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ به دست آمد.

1. Health-Promoting Behavior Questionnaire (HPBQ)

۲. پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری! پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری، یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی عاطفی و شناختی بیمار از بیماری خودش طراحی شده است. سؤالات به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ است و سؤال ۹ باز پاسخ بوده و ۳ علت عمده ابتلاء به سکت قلبی را از زبان بیمار بیان می‌دارد. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده-مقیاس‌ها از $r=0/48$ (قابلیت فهم بیماری) تا $r=0/70$ (پیامدها) به دست آمد. برای تعیین ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخش ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($r=0/61$). باقریان و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی این مقیاس را $0/84$ و ضریب همبستگی آن را با نسخه فارسی $0/71$ گزارش نمودند. به طور کلی نتایج به دست آمده بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش نسخه فارسی این مقیاس می‌باشد.

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. در این پژوهش از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در سال ۲۰۱۷ توسط هیز و استروهل ارائه شده است، استفاده شد. این درمان در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش انجام شد.

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف درمان	مداخلات
جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان	اجرای پیش‌آزمون
مقدماتی		
جلسه اول	نومیدی خلاق: کمک به بیمار جهت درک این که رویکرد فعلی او نسبت به درک فاقد کارایی و تأثیر است.	چه تلاش‌هایی کرده‌اید؟ آیا این تلاش‌ها مؤثر بوده‌اند؟ استعاره بیلچه و گودال تفاوت میان اقدام عملی ارزشمند در مقایسه با فاجعه‌آمیز کردن درد
جلسه دوم	افزایش رفتارهای خود مراقبتی، پیروی از تکالیف و رژیم غذایی توصیه شده	کار بر روی ارزش‌های مرتبط با سلامت تأکید بر اراده‌مندی با هدف تجربه کردن رویدادهای درونی
جلسه سوم	مفهوم‌سازی و درک خویشتن به مثابه بافت و زمینه و نه خویشتنی که محتوای آن در خدمت افکار و احساسات مرتبط با بیماری قلبی است.	کنترل به عنوان یک مسأله در نظر گرفته می‌شود استعاره صفحه شطرنج تمرین مشاهده‌گری، تمرین جعبه پر از اشیاء
جلسه چهارم	ارزش‌گذاری: 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

1. Brief-Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)

جلسه پنجم	پذیرش ترس از بیماری، معلول شدن و مردن که به طور منفی ارزیابی می‌شوند.	تمرینات مرتبط با اراده‌مندی
جلسه ششم	عدم آمیختگی شناختی با افکاری که منفی ارزیابی می‌شوند: بیمار شدن، معلولیت و مردن	تمرینات انعطاف‌پذیری: تمرین شیر، برچسب‌گذاری افکار و احساسات
جلسه هفتم	ذهن‌آگاهی و شفقت‌درمانی در لحظه اینجا و اکنون زندگی کردن	تمرینات ذهن‌آگاهی و مراقبه، تمرکز به اصوات، احساسات بساواپی، بینایی، چشایی، گسترش آگاهی، بخشش و مهربانی به خود
جلسه هشتم	الگوی عمل متعهدانه: شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن	انتخاب در برابر تصمیم‌گیری، اراده‌مندی به عنوان یک انتخاب در نظر گرفته می‌شود. جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

روش اجرا. به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف-اسمیرنف (جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS.۲۲ به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش ۴۶/۱ (۱۲/۸) و گروه گواه برابر با ۴۷/۸ (۱۳/۹) سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P=۰/۵۴۸$). کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش به ترتیب ۳۵ و ۵۵ سال و در گروه گواه، ۳۷ و ۵۵ سال بود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی بر رفتارهای ارتقاء سلامت و ادراک بیماری بیماران قلبی در پیش‌آزمون و

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک	آزمایش	۷/۰۷	۱/۵۷	۶/۵۴	۰/۹۴	۶/۴۹	۰/۹۷
بیماری	گواه	۶/۷۴	۱/۵۷	۷/۰۶	۱/۶۷	۷/۰۱	۱/۶۵
سبک ارتقاء	آزمایش	۱۷/۵۹	۲/۷۷	۲۱/۵۴	۳/۹۱	۲۲/۴۴	۴/۱۶
	گواه	۱۹/۸۲	۳/۹۲	۱۹/۶۶	۳/۴۹	۱۹/۷۰	۳/۴۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی

است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر مقایسه تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای ارتقاء سلامت و ادراک بیماری بیماران قلبی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا
ادراک بیماری	زمان	۱۵۶/۴۴	۱/۴۵	۱۰۷/۸۸	۴/۵۳	۰/۰۴۲	۰/۶۰
	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۴/۳۷	۰/۲۷	۰/۶۰۴	۰/۰۱
	گروه	۲۵۳/۸۹	۱	۲۵۳/۸۹	۷۶/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
رفتارهای ارتقاء سلامت	زمان	۹۷/۱۶	۲	۴۸/۵۸	۱۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	زمان*گروه	۴۶/۹۲	۲	۲۳/۴۶	۱۵/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	گروه	۱۹/۷۴	۱	۱۹/۷۴	۱۰/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷

نتایج جدول ۳ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و برای عامل بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	زمان	تفاوت میانگین	معناداری
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۵/۲۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۵	۰/۷۴
رفتارهای ارتقاء سلامت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۹۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۷۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۵۹	۰/۶۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت در گروه درمان پذیرش و تعهد در پایان پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون بوده است ($p < 0/01$). اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری از نظر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت در دو گروه وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت بیماران قلبی انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک

بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت بیماران قلبی موثر بود. این یافته با نتایج پژوهش فاضلی کبریا و همکاران (۱۳۹۷) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است، همسو بود.

فرث و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که مهارت‌های پایه‌ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه‌ی هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند. همچنین هالمو و همکاران (۲۰۱۳) نتیجه گرفت که به علت طول مدت و شدت بیماری قلبی، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند. نتایج همه تحقیقات گذشته با تحقیق جاری همسو است، به نظر می‌رسد که لازم است، مداخله در جهت افزایش آگاهی مردم از عوامل خطر ساز این بیماری و تشدید انگیزه‌ی آن‌ها برای کاهش این عوامل با استفاده از آموزش‌های تئوری محور صورت گیرد. سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می‌سازد تا از توانایی‌های خود در هماهنگی با ارزش‌های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت‌های پایه‌ای شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات، همدردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث ناگوار زندگی، ایفای نقش اجتماعی و رابطه‌ی هماهنگ میان ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان هستند که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می‌کنند (فاضلی-کبریا و همکاران، ۱۳۹۷).

با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بیماران قلبی، این درمان به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی 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، آن‌ها را به‌درستی ارزیابی می‌کنند و علاوه بر آن با تعهدی که دادند در مسیر صحیح گام برمی‌دارند 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 می‌شود. برای مثال از مراجع خواسته می‌شود هنگام مواجهه با استرس از خودش سؤال کند که آیا این استرس در راستای سلامتی است یا در راستای هیجانات منفی در درمان تعهد و پذیرش به بیماران قلبی آموزش داده شد که به جای اجتناب از هیجان‌ها در راستای سلامتی حرکت کنند که این عوامل می‌توانند باعث کاهش استرس ادراک‌شده بیماران قلبی شوند (هالمو و همکاران، ۲۰۱۳). لذا پیشنهاد می‌شود 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 به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی در جهت کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای سطح زندگی بیماران قلبی هم‌زمان با دریافت درمان دارویی به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماران مزمن و سایر اختلالات بالینی در دیگر گروه‌های سنی و فرهنگی و مقایسه آن با درمان دارویی چه به‌صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می‌شود. همچنین در سرفصل‌های آموزش کلینیکی به بیماران قلبی مؤلفه‌های سلامت روان و راهبردهای مقابله‌ای آموزش داده شود تا بیماران مبتلا بتوانند بر مشکلات و دردهای ناشی از این بیماری، چیره شوند و در اجرای پروتکل‌های درمانی و به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمثیل‌ها و استعاره‌های بومی مطابق با فرهنگ طراحی شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اعظمی زینال، اکرم، غفاری، عذرا، و شرقی، افشان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی. *سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تربت حیدریه، دانشگاه تربت حیدریه*.
- پارسامهر، مهربان، افشانی، سید، علیرضا، و نیکو، فاطمه. (۱۳۹۴). ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای‌پس عروق کرونری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۲۲): ۳۱۷-۳۲۷.
- شهابی، عباسعلی، احتشام‌زاده، پروین، عسگری، پرویز، و مکوندی، بهنام. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب. *طب داخلی روز*، ۲۶(۳): ۲۹۷-۲۷۶.
- فاضلی کبریا، مهناز، حسن زاده، رمضان، میرزاییان، بهرام، و خواجوند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه‌های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی شهرستان بابل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*، ۲۰(۴): ۷۳-۶۸.
- کوهی، فاطمه، صالحی نیا، حمید، و محمدیان هفشجانی، عبدالله. (۱۳۹۴). روند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در ایران از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۴): ۶۳۰-۶۳۸.
- مرادی، ن. (۱۳۸۵). کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در بررسی رفتارهای ارتقاءدهنده اتخاذ رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران تحت عمل پیوند عروق کرونر در مرکز امام علی (ع) کرمانشاه. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه بقیه الله.

موسوی نسب، سید. نورالدین، یزدانی چرات، جمشید، باقری، بابک، بختی، فاطمه. السادات، و بختی، سیده. زهرا. (۱۳۹۶). بررسی عوامل موثر در ابتلا به بیماری قلبی عروقی در افراد بالای ۵۳ سال با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۴۴): ۵۰-۵۶.

یاسائی سکه، معصومه، شفیق آبادی، عبدالله، و فرزاد، ولی الله. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی. *مجله اصول بهداشت روانی (ویژه نامه سومین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روان شناسی، مشاوره و علوم رفتاری)*، ۳(۹): ۳۱۷-۳۲۴.

References

- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*, 67(1), 17-23.
- Chateau-Degat, M. L., Dewailly, É., Louchini, R., Counil, É., Noël, M., Ferland, A., & Egeland, G. M. (2010). Cardiovascular burden and related risk factors among Nunavik (Quebec) Inuit: insights from baseline findings in the circumpolar Inuit health in transition cohort study. *Canadian Journal of Cardiology*, 26(6), e190-e196.
- Correll, C. U., Sikich, L., Reeves, G., Johnson, J., Keeton, C., Spanos, M., & Riddle, M. A. (2020). Metformin add on vs. antipsychotic switch vs. continued antipsychotic treatment plus healthy lifestyle education in overweight or obese youth with severe mental illness: results from the IMPACT trial. *World Psychiatry*, 19(1), 69-80.
- Fathi Ahmadsaraei, N., Neshat Doost, H. T., Manshaee, G. R., & Nadi, M. A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression among patients with type II diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, 9(1), 6-13.
- Feola, M., Garnero, S., Vallauri, P., Salvatico, L., Vado, A., Leto, L., & Testa, M. (2013). Relationship between cognitive function, depression/anxiety and functional parameters in patients admitted for congestive heart failure. *The open cardiovascular medicine journal*, 7, 54.
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., & Stubbs, B. (2020). A meta review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, 19(3), 360-380.
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 816-820.
- Fusar Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192-207.
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2019). Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry*, 18(2), 146-161.
- Habibi Sola Aqeel, Nikpour Soghari, Rezaei Mahboubeh, Haghani Hamid (2007). Evaluation of health-promoting behaviors on the level of daily life activities and daily life activities with tools in the elderly West of Tehran. *Elderly*. 2(5):339-332.
- Halmo, R., Galuszka, J., Langova, K., & Galuszkova, D. (2015). Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study-self care includes problems. *Biomedical Papers*, 159(1), 124-130.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the

- progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Behaviour research and therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hosseini, M., Vasli, P., Rashidi, S., & Shahsavari, S. (2016). Correlation between inner strength and health-promoting behaviors in women with heart failure. *Electronic Physician*, 8(8), 2810.
- Jacob, L., Tully, M. A., Barnett, Y., Lopez-Sanchez, G. F., Butler, L., Schuch, F., & Smith, L. (2020). The relationship between physical activity and mental health in a sample of the UK public: A cross-sectional study during the implementation of COVID-19 social distancing measures. *Mental health and physical activity*, 19, 100345.
- Lee, T. W., Ko, I. S., & Lee, K. J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 43(3), 293-300.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. *Perceptions of health and illness*, 2, 19-46.
- Luke, A. A., Huang, K., Lindley, K. J., Carter, E. B., & Joynt Maddox, K. E. (2021). Severe Maternal Morbidity, Race, and Rurality: Trends Using the National Inpatient Sample, 2012–2017. *Journal of Women's Health*, 30(6), 837-847.
- Mehta, L. S., Warnes, C. A., Bradley, E., Burton, T., Economy, K., Mehran, R., & American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Stroke Council. (2020). Cardiovascular considerations in caring for pregnant patients: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 141(23), e884-e903.
- Mickevičienė, A., Vanagas, G., Jievaltas, M., & Ulys, A. (2013). Does illness perception explain quality of life of patients with prostate cancer?. *Medicina*, 49(5), 38.
- Otto, C. M., Nishimura, R. A., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin III, J. P., Gentile, F., & Toly, C. (2021). 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*, 77(4), 450-500.
- Sharma, G., Lindley, K., & Grodzinsky, A. (2020). Cardio-obstetrics: developing a niche in maternal cardiovascular health. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(11), 1355-1359.
- Taqdasi Mohsen, Gilasi, Hamidreza (2009). Quality of public and private life of patients with ischemic heart disease in Kashan. *Nursing research*. 3(8):46-39.
- Tork, A., & Sajjadian, I. (2020). The effect of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and negative automatic thoughts in mothers of children with cerebral palsy. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 6(4), 156-167.
- Trompetter, H. R., Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E. T. (2017). 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*, 91, 58-63.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت والکر

ردیف	عبارت	۱	۲	۳	۴
۱	احساس می‌کنم که در حال ترقی هستم و در مسیر مثبتی رشد می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۲	از خود راضی ام و احساس آرامش می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۳	به آینده امیدوار هستم	۱	۲	۳	۴
۴	اعتقاد دارم که زندگی ام هدفمند است	۱	۲	۳	۴
۵	برای رسیدن به اهداف بلند مدت زندگی ام تلاش می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۶	از مسائلی که در زندگی برایم اهمیت دارند، آگاهی دارم.	۱	۲	۳	۴
۷	هر روز زندگی برایم جالب توجه و چالش برانگیز است	۱	۲	۳	۴
۸	احساس می‌کنم با نیروهایی بزرگتر از خودم در ارتباط هستم	۱	۲	۳	۴
۹	از سوی مجموعه‌ای از افراد که نگرانم هستند و برایم دل می‌سوزاند، حمایت می‌شوم.	۱	۲	۳	۴
۱۰	بین زمان کار و تفریح تعادل ایجاد می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۱	برای یادگیری تجربیات جدید آمادگی دارم	۱	۲	۳	۴
۱۲	اطلاعاتی را از افراد متخصص، در مورد نحوه مراقبت درست از خودم، درخواست می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۳	در برنامه‌های آموزشی در زمینه مراقبت بهداشت فردی شرکت می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۴	زمان انجام فعالیت ورزشی ضربان قلبم را چک می‌کنم.	۱	۲	۳	۴
۱۵	در مورد مسائل نگران‌کننده مربوط به سلامتیم با متخصصان بهداشت و درمان گفتگو می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۶	نشانه‌های غیرمعمولی بیماری را به پزشک یا سایر پرسنل بهداشتی گزارش می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۷	در خصوص مشکلات و نگرانی‌هایم با اطرافیانم بحث و گفتگو می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۱۸	مطالب یا برنامه‌های تلویزیونی را در مورد حفظ و بهبود سلامتی می‌خوانم و می‌بینم	۱	۲	۳	۴
۱۹	رژیم غذایی را که کم چربی، یا دارای چربی‌های اشباع شده و کم کلسترول باشد، انتخاب می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۲۰	برچسب مواد غذایی بسته‌بندی شده حاوی روغن‌ها و سدیم مانند کنسروها و غیره را می‌خوانم	۱	۲	۳	۴
۲۱	از پرسنل بهداشتی مانند پزشکان و پرستاران برای فهم دستورات آن‌ها سوال می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۲۲	اگر لازم باشد درخواست مشاوره یا راهنمایی می‌کنم	۱	۲	۳	۴
۲۳	از سوی مجموعه‌ای از افراد که نگرانم هستند و برایم دل می‌سوزاند، حمایت می‌شوم	۱	۲	۳	۴
۲۴	زمانی که از کارشناسان بهداشتی، پزشکان و پرستاران در مورد مسایل مربوط به سلامتی سوال می‌کنم دوست دارم اطلاعات زیادی به من بدهند.	۱	۲	۳	۴
۲۵	وقتم را با دوستان نزدیک می‌گذرانم	۱	۲	۳	۴
۲۶	با دیگران رابطه پر معنی و رضایت بخشی دارم	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۲۷	بیان نگرانی، عشق و صمیمیت به دیگران برایم آسان است
۴	۳	۲	۱	۲۸	راه‌هایی را برای ایجاد روابط صمیمی و نزدیک پیدا می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۲۹	توسط افرادی که مورد توجه آن‌ها هستم لمس می‌شوم و آن‌ها را لمس می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۳۰	از طریق گفتگو و توافق با دیگران مشکلاتم را برطرف می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۳۱	زمان خوابیدن بر افکار خوب تمرکز می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۳۲	از دیگران به خاطر موفقیت‌هایشان به آسانی تعریف و تمجید می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۳۳	از روش‌های خاصی برای کنترل استرس خودم استفاده می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۳۴	به قدر کیفیت می‌خوابم
۴	۳	۲	۱	۳۵	هر روز دقایقی را برای آرام‌سازی و شل کردن عضلات، تعیین می‌کنم
۴	۳	۲	۱	۳۶	برای جلوگیری از خستگی قدم می‌زنم
۴	۳	۲	۱	۳۷	مسایلی از زندگی ام را که قدرت تغییر آن‌ها را ندارم، می‌پذیرم
۴	۳	۲	۱	۳۸	آرام‌سازی و روشهایی مانند یوگا را روزانه ۲۰-۱۵ دقیقه تمرین می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۳۹	در جریان فعالیت‌های معمول روز ورزش می‌کنم (مانند قدم زدن زمان ناهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پارک ماشین در محلی دورتر از مقصدم و پیاده روی تا محل کار و غیره).
۴	۳	۲	۱	۴۰	در فعالیت‌های بدنی سبک تا متوسط شرکت می‌کنم (مانند پیاده روی استقامتی ۵ روز در هفته هر روز ۳۰-۴۰ دقیقه)
۴	۳	۲	۱	۴۱	حداقل ۳ بار در هفته به مدت ۲۰ دقیقه یا بیشتر ورزش شدید می‌کنم (دوچرخه سواری، پیاده روی سریع، دویدن...)
۴	۳	۲	۱	۴۲	برنامه منظمی برای ورزش کردن دارم
۴	۳	۲	۱	۴۳	اوقات فراغتم را با فعالیت‌های بدنی می‌گذرانم (مانند شنا، دوچرخه سواری)
۴	۳	۲	۱	۴۴	در جریان فعالیت‌های معمول روز ورزش می‌کنم (مانند قدم زدن زمان ناهار، استفاده از پله بجای آسانسور، پارک ماشین در محلی دورتر از مقصدم و پیاده روی تا محل کار و غیره).
۴	۳	۲	۱	۴۵	تمرینهای کششی را حداقل ۳ بار در هفته انجام می‌دهم.
۴	۳	۲	۱	۴۶	هنگام فعالیت ورزشی ضربان قلبم به میزان مطلوب می‌رسد
۴	۳	۲	۱	۴۷	صبحانه می‌خورم.
۴	۳	۲	۱	۴۸	استفاده از شکر و شیرینی‌ها را محدود می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۴۹	روزانه ۳-۵ وعده سبزی می‌خورم.
۴	۳	۲	۱	۵۰	روزانه فقط ۲-۳ وعده گوشت قرمز، مرغ، حبوبات خشک، تخم مرغ و آجیل مصرف می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۵۱	روزانه ۳-۲ وعده شیر، ماست یا پنیر می‌خورم.
۴	۳	۲	۱	۵۲	روزانه فقط ۲-۳ وعده گوشت قرمز، مرغ، حبوبات خشک، تخم مرغ و آجیل مصرف می‌کنم.
۴	۳	۲	۱	۵۳	۲-۴ بار در روز میوه می‌خورم.
۴	۳	۲	۱	۵۴	هر روز ۱۱-۶ وعده نان، برنج و ماکارونی می‌خورم.

پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶)

پرسشنامه ادراک بیماری

فکر می‌کنید بیماری‌تان چقدر روی زندگی‌تان تأثیر گذاشته است	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً نگذاشته است										
در زندگی کاملاً تأثیر گذاشته است										
فکر می‌کنید بیماری‌تان چقدر طول بکشد.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
مدت خیلی کوتاه										
برای همیشه										
فکر می‌کنید چقدر روی بیماری‌تان کنترل دارید.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً کنترل ندارم										
کاملاً کنترل دارم										
چه میزان علائم را به خاطر بیماری‌تان تجربه کرده‌اید.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً هیچ علائمی را تجربه نکرده‌اید										
علائم شدیدی را تجربه کرده‌ام										
فکر می‌کنید درمان تا چه حد می‌تواند به بهبود بیماری‌تان کمک کند؟	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً نمی‌تواند کمک کند										
کاملاً کمک می‌کند										
چقدر نگران بیماری خود هستید.	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً نگران نیستم										
به شدت نگران هستم										
فکر می‌کنید تا چه حد بیماری خود را خوب می‌شناسید	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً نمی‌شناسم										
به وضوح می‌شناسم										
چقدر بیماری شما در روحیه شما اثر منفی گذاشته است؟ مثلاً آیا شما را عصبی، مضطرب یا افسرده ساخته است؟	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
اصلاً اثر منفی روی من نگذاشته										
کامل اثر منفی روی من گذاشته										

لطفاً ۳ تا از مهم‌ترین عوامل را که باور دارید سبب بیماری ... برتیب بویید.

-۱

-۲

-۳

The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception and Health Promotion Behaviors of Men and Women with Heart Disease

Nasim. Teimoori¹, Saeid. Teymoori^{*2}, & Mohammad Hossein. Bayazi³

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment group therapy (ACT) on disease perception and health promotion behaviors of heart patients. **Methods:** The present research method was quasi-experimental and the research design was pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population included coronary heart patients referred to health centers in Taybad in 2020. Among coronary heart disease, a sample of 30 patients was selected by available sampling method and randomly replaced in an experimental group (acceptance and commitment therapy) and a control group. (15 people in each group). Data were obtained using the Health Promotion Behaviors Questionnaire (Walker et al., 1987) and the Disease Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2009). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Spss.22 software. **Results:** The effect of group therapy based on acceptance and commitment on disease perception ($F=76.48$, $P<0.001$) and health promotion behaviors ($F=10.89$, $P<0.001$) had an effect. The result was lasting until the end of the follow-up period. **Conclusion:** Considering the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on the improvement of heart patients, this treatment can be used as a method of elective psychotherapy and complementary to medical treatment to reduce psychological symptoms and improve the living standards of heart patients while receiving drug therapy.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, health promotion behaviors, disease perception.

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.

Email: s.teimoori@iautj.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.