نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر

ویدا محمدی هریس[۱]، دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی
*** علی شاکردولق[۲]، دکترای روان‌شناسی عمومی**
علی خادمی[۳]، دکترای روان‌شناسی عمومی
علی زینالی[۴]، دکترای روان‌شناسی عمومی
ناصر صفایی[۵]، جراح قلب و عروق

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد.

زمینه. زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی دارای مشکلات فراوانی در زمینه سلامت جسمی و روانی هستند و یکی از روش‌های مؤثر در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

روش کار. طراحی پژوهش، نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به بیمارستان قلب تبریز مراجعه کردند. پس از انجام مصاحبه بالینی، زنان دارای معیارهای ورود به پژوهش، انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از دو گروه آزمون (۱۵ نفر) یا کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درد مزمن ون-کورف و همکاران، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون، و مقیاس خودمراقبتی ریگل و همکاران استفاده شد. مداخله در قالب بسته آموزشی پذیرش و تعهد برای گروه آزمون اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت.

یافته‌ها. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تاثیر دارد ($P\leq ۰/۰۰۰۱$). در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش درد مزمن و بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی در بیماران می‌شود.

نتیجه‌گیری. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی و کاهش درد مزمن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر شد. پیشنهاد می‌گردد درمانگران و متخصصان سلامت از درمان پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های آموزشی و درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: بیماری عروق کرونر، درد مزمن، تاب‌آوری، خودمراقبتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: ali.shaker2000@gmail.com
۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
۴ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران.
۵ استاد جراحی قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

مقدمه

بیماری‌های قلبی‌عروقی از علل عمده مرگ در سطح جهان هستند و به عنوان اولین عامل مرگ، یک سوم کل موارد مرگ را به خود اختصاص می‌دهند. این بیماری‌ها علاوه بر مرگ، عوارض قابل توجهی ایجاد می‌کنند. بنابراین، ارزیابی و کنترل عوامل خطرساز بیماری قلبی‌عروقی برای پیشگیری از حملات قلبی‌عروقی بسیار مهم است (پدمنآباهان، پرابکران و دومینسزک، ۲۰۱۰). مطالعات نشان می‌دهند که شیوع بیماری‌های قلبی‌عروقی در حال افزایش است؛ به طوری که این بیماری رتبه اول بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است. به طور کلی، ۲۵ درصد موارد مرگ در دنیا و ۳۲ درصد موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه به علت بیماری‌های قلبی‌عروقی رخ می‌دهد (ریپلی و همکاران، ۲۰۱۴).

نارسایی قلبی به عنوان پیامد انواع بیماری‌های قلبی عروقی بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مددجویان تاثیر می‌گذارد (هئو و همکاران، ۲۰۰۷). رعایت رژیم دارویی و غذایی، استراحت، ارتقای کیفیت خواب و کیفیت زندگی، شناخت نحوه کنترل هیجانات و شیوه مراقبت از خود از جمله مواردی است که در کنترل عوارض و مشکلات این بیماری کمک‌کننده است و در این میان، شناخت نحوه مراقبت از خود از اهمیت زیادی برخوردار است (منصوری و همکاران، ۱۳۹۶). خودمراقبتی در نارسایی قلبی مجموعه‌ای از رفتارها شامل رعایت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه و جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی به هنگام شدت یافتن بیماری است. علی رغم نقش پررنگ رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری از مشکلات و پیامدهای جدی نارسایی قلبی، شواهد نشانگر فراوانی عدم اجرای صحیح رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران است. بنابراین، خودمراقبتی به عنوان راهبردی برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که باعث عدم وابستگی می‌شود و شامل فعالیت های ویژه‌ای است که به وسیله آن علایم بیماری تخفیف می‌یابد و سلامت بیمار حفظ می‌شود (شهباز و همتی مسلک‌پاک، ۱۳۹۶). نتایج مطالعه کسینگ و همکاران (۲۰۱۶) بیانگر رفتار خودمراقبتی ضعیف در اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است. همچنین، در مطالعه اوکسل، اکبیکل و کوکاک (۲۰۰۹) در ترکیه، توان خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی، ضعیف گزارش شده است. در ایران نیز شجاعی و همکاران (۱۳۸۴) طی تحقیقی نشان دادند که فقط ۲۶ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رفتارخودمراقبتی مطلوب داشتند.

تاب‌آوری به عنوان یک متغیر روانی نقش مهمی در بیماری‌های عروق کرونری دارد. به طوری که می‌تواند استرس ناشی از موقعیت‌های زندگی را کاهش دهد و میزان مرگ، فشار خون، و اضطراب را در بیماران کم کند و بهبودی بیماری را افزایش دهد. لذا تاب‌آوری به عنوان یک عامل مهم در بهبود بیماری عروق کرونری مطرح است (نوری‌سعید، اکبری و سالاری، ۱۳۹۳). سازه تاب‌آوری به عنوان فرآیندی پویا تعریف می‌شود که در آن، فرد با وجود تجربه‌های آسیب‌زننده ناخوشایند، مهارت‌های سازگارانه مثبت را نشان می‌دهد. تاب‌آوری سازه‌ای چند بعدی است که میزان بهره بردن فرد از آن در اثر تعامل عوامل محیطی و شخصی تعیین می‌شود. زمانی که افراد در معرض موقعیت‌ها و تهدیدهای چالش برانگیز قرار می‌گیرند، تاب‌آوری نتیجه مواجهه با این موقعیت‌ها است، نه اجتناب از آنها (سیدهک و همکاران، ۲۰۱۷). افراد تاب‌آور از نظر عاطفی آرام هستند، توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند، منابع کاملی برای مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی در دسترس دارند، و کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرند (مرادی و قدرتی‌میرکوهی، ۱۳۹۹). تغییراتی که به عنوان بخشی از پاسخ استرس در ارگانیسم رخ می‌دهد، تاثیرات جانبی بسیاری دارند و اگر استرس تداوم یابد یا شدت یابد می‌توانند آسیب‌زا باشند. بنابراین، پاسخ‌های استرس ممکن است پیامدهایی را برای سلامت ایجاد نمایند که در این زمینه، تاب‌آوری می‌تواند نقش مهمی ایفا نماید. پسندیده و زارع (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری در ابعاد بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شوخ‌طبعی نمره کمتری نسب به افراد سالم دارند. همچنین، در مطالعه‌ای اونگ، زاتورا و رید (۲۰۱۰) مشخص شد که تاب‌آوری پایین احتمالا منجر به پاسخ فیزیولوژیکی طولانی‌مدت در مواجهه با استرس می‌شود و می‌تواند خطر ابتلا به بیماری عروق کرونر را به علت استرس مزمن افزایش دهد.

بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارای مشکلات بیشتری هستند و درد بیشتری را تحمل می‌کنند، به طوری که یکی از انواع بسیار شایع درد، دردهای بیماری عروق کرونر است که در این بیماران تجربه می‌شود. براساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد یک احساس ناخوشایند و تجربه ذهنی است که با آسیب بالقوه یا واقعی بافتی ارتباط دارد (صیرفی، آقامحمدی و پیمانی، ۱۳۹۴). در بیماری عروق کرونر قلب، خون‌رسانی توسط عروق کرونر کافی نیست که می‌تواند منجر به بروز درد شود؛ اگر بیمار مبتلا به

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

بیماری عروق کرونر نیاز به جراحی قلب باز داشته باشد، آسیب به بافت نرم، استخوان جناغ، و احتمال دستکاری عصب فرنیک می‌تواند منجر به بروز درد بسیار شدید و راجعه در منطقه پوست یا مفصل شانه شود (یورک، والیز و مک‌لین، ۲۰۱۰). میزان درد بیماران پس از جراحی قلب با توجه به مقیاس دیداری درد زیاد است (سونی و ویسمان، ۱۹۹۴). علاوه بر این، درد مزمن تاثیر روانی منفی بر بیمار دارد و باعث طولانی شدن دوران نقاهت خواهد شد. کنترل دقیق درد در بیماری عروق کرونر باعث کاهش عوارض و موارد مرگ پس از عمل خواهد شد (صیرفی و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به اینکه درد در بیماری عروق کرونر، پیامدهای فیزیولوژیک و روانی جدی به دنبال دارد، از این رو کنترل مناسب درد و بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی در بیماران از مهمترین موضوعات جامعه علوم پزشکی است. یکی از مداخله‌ها در درمان بیماری عروق کرونری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (اسپاتولا و همکاران، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تغییر سبک زندگی ناسالم و افزایش پیروی از درمان پزشکی از طریق تغییرات اصلاح پریشانی‌های روانی بیماران شده است (گراهام و همکاران، ۲۰۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف درمان‌های شناختی رفتاری، به طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس‌ها تاکید نمی‌شود، بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی، مشاهده کنند (فانگ و دینگ، ۲۰۲۰). این شیوه به افراد کمک می‌کند ارزش‌های خود را شناسایی کنند و با توضیح درباره آنها و با استفاده از استعاره‌ها تلاش کنند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را بهبود بخشند (هیل و همکاران، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی مبتلایان به بیماری عروق کرونر انجام شده است. برای مثال، نتایج مطالعه دیویسون و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علایم و مشکلات روان‌شناختی در بیماران می‌شود. هیز و استراهال (۲۰۱۰) در مطالعه دیگری به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و اضطراب بیماران مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی تثیر دارد. سیافی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود رفتارهای خودمراقبتی و خودتنظیم‌گری هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود. همچنین، شهابی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران قلبی‌عذوقی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب تاثیر دارد و باعث بهبود و افزایش تاب‌آوری در بیماران می‌شود.

با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی و نقش توجه به مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه به گسترش درمان‌های روان‌شناختی موثر بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی‌عروقی، استفاده از روش‌های درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تاثیری که بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، سطح تحمل و تاب‌آوری و کمک به بهبود زندگی فردی این بیماران دارد، ممکن است بتواند در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر کمک‌کننده باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بودند که در نیمه اول سال ۱۳۹۹ به بیمارستان قلب تبریز مراجعه کردند. پس از مصاحبه بالینی، زنان دارای معیارهای ورود به پژوهش به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده با استفاده از پرتاب سکه به دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون در قالب ۸ هفته، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله توسط متخصص روان‌شناسی سلامت دارای مدرک دوره، در یکی از درمانگاه‌های ارائه خدمات روان‌شناختی شهر تبریز انجام شد. هزینه خدمات متخصص روان‌شناسی سلامت بر عهده پژوهشگر و هزینه رفت‌وآمد بر عهده بیماران بود. شرایط ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس پرونده پزشکی، عدم سابقه سکته قلبی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم انجام روان‌درمانی‌های دیگر بود. همچنین، در مرحله اجرای پژوهش، پس از توضیحات مقدماتی درباره پرسشنامه‌ها و هدف از اجرای آزمون، نحوه پاسخگویی آزمودنی‌ها به آزمون‌ها شرح داده شد و آزمون بر روی افراد اجرا گردید. در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و گرفتن رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیحات لازم ارائه شد و داده‌ها جمع‌آوری گردید. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1398.032 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه مورد تصویب قرار گرفت.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

به منظور بررسی شدت درد مزمن، از پرسشنامه درجه‌بندی درد مزمن ون‌کورف، دورکینز و ریسیچ (۱۹۹۰) استفاده شد که هفت گزینه دارد و شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف صفر تا ۱۰ درجه‌ای می‌سنجد. نمره صفر به معنی بدون درد و ۱۰ به معنی بدترین درد ممکن است. روایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است و ضریب پایایی آن برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب، ۰/۸۷ و ۰/۶۸ گزارش شده است (ون‌کورف و همکاران، ۱۹۹۰). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

برای سنجش تاب‌آوری، از پرسشنامه کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد که شامل ۲۵ عبارت است و ۵ مؤلفه تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی-تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر وروابط ایمن، کنترل، و تئیرات معنوی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت از "کاملا نادرست" (نمره صفر) تا "همیشه درست" (نمره ۴) است، به طوری که حداقل و حداکثر نمره به ترتیب ۲۵ و ۱۰۰ است. سئوالات ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱ و ۱۰ مربوط به زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی، سئوالات ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷ و ۶ زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی- تحمل عاطفه منفی، سؤالات ۸، ۵، ۴، ۲ و ۱ مربوط به زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، سئوالات ۲۲، ۲۱ و ۱۳ مربوط به زیرمقیاس کنترل، و سئوالات ۹ و ۳ مربوط به زیرمقیاس تاثیرات معنوی هستند. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای، ۰/۸۷ بوده است. نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان، همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. در پژوهشی، رحیمیان‌بوگر و اصغرنژادفرید (۱۳۸۷) ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۹ معنادار به دست آمد.

برای سنجش خودمراقبتی از پرسشنامه خودمراقبتی ریگل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد که شامل ۲۲ سئوال در ۳ مؤلفه حفظ خودمراقبتی (۱۰ سئوال)، مدیریت خودمراقبتی (۶ سئوال) و اعتماد به خود در زمینه خودمراقبتی (۶ سئوال) با پاسخ‌های ۴ و ۵ گزینه‌ای (به ترتیب با امتیاز ۱ تا ۴ و صفر تا ۴) در طیف لیکرت است. این ابزار در هر زیرمقیاس، به ۱۰۰ نمره تبدیل می‌شود که نمره بالاتر نشان‌دهنده خودمراقبتی بهتر است. نمره بیشتر از ۷۰ نشان دهنده خودمراقبتی مناسب است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف تایید و ضریب پایایی آن نیز، ۰/۷۰ گزارش شده است (ریگل و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ به دست آمد.

در این مطالعه، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس الگوی فرمن و هربرت (۲۰۰۸) با مقداری تغییرات در برنامه، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد (جدول شماره ۱). داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمون، ۴۶/۶۶ سال با انحراف معیار ۶/۴۴ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه کنترل، ۴۴/۱۱ سال با انحراف معیار ۶/۰۳ بود. برخی ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان، در جدول شماره ۲ آمده است. شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی به تفکیک گروه و نوع‌آزمون در جدول شماره ۳ نشان داده شده‌اند. جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که قبل از مداخله، میانگین نمرات درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی در گروه کنترل و آزمون تفاوت آماری معنی‌داری ندارند. پس از مداخله، میانگین نمره درد مزمن در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر است. پس از مداخله، همچنین، میانگین نمره تاب‌آوری و خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بیشتر است.

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، برای نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که یافته‌ها نشان داد، توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین، بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس ها برقرار است. از سویی، پیش‌شرط دیگر، خطی بودن همبستگی متغیر پیش‌آزمون و متغیر مستقل است که مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش در متغیرهای پژوهش در بیماران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

معنی‌دار است و می‌توان گفت که همبستگی متغیر همپراش و مستقل رعایت شده است. لذا با توجه به محقق شدن پیش‌فرض‌ها، می‌توان برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

جدول شماره ۱: برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا	هدف	پیامد
اول	• صحبت کردن درباره مشکل • توضیح هدف کلی اکت • ناامیدی سازنده و استفاده از استعاره فرد افتاده در چاه	• مشکل را از خود جدا نبیند و آن را به دیگران نسبت ندهد. • انعطاف پذیری روانی • تعیین انتظار مراجع از جلسه درمان و اقداماتی که تاکنون صورت گرفته است	• می‌تواند در مورد مشکل خود به راحتی صحبت کند و آن را می‌پذیرد. • آشنایی با هدف اکت • ایجاد فضایی برای یافتن راه‌های بدیل و ترک فرآیندهای کنترل تجربه‌ای
دوم	• صحبت در مورد مفهوم پذیرش و استعاره خرس قطبی و تمثیل ریگ‌های روان و هم‌اتاقی و استعاره گلزار و همسایه مزاحم • تفاوت درد و رنج	• تمایل به تجربه کردن درد	• پذیرش مشکلات زندگی مانند خودافشایی هیجانی پایین • ایجاد پذیرش فعال، نه مدارا و تسلیم منفعلانه
سوم	• تمرین ذهن‌آگاهی • زندگی در زمان حال با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی در کارهای روزمره، تمرین تنفس آگاهانه و تمثیل ذهن ماهیگیر • دادن تکلیف برای ذهن‌آگاهی و تماس با زمان حال	• بازگشت پیوسته از گذشته و آینده به زمان حال	• از تجربه‌های اینجا و حال باخبر می‌شوند. با نگرش باز و کنجکاوی حواستان به کاری باشد که انجام می‌دهید. • باعث کاهش تاثیر افکار و احساسات دردناک می شود.
چهارم	• وجود ارزش‌های روشن با استفاده از تمثیل سنگ قبر و چوب جادویی • قوانین و بایدها دوباره به ارزش‌ها تبدیل شوند.	• ارزش‌ها مانند یک قطب‌نما هستند که جهت و مسیر درست را نشان دهند. • ارزش‌ها باعث انعطاف‌پذیری می‌شوند	• فرد تمایل پیدا می‌کند که چه اوضاع و احوالی را در زندگی تجربه کند. • برای آنچه در زندگی می‌خواهند برنامه‌ریزی می‌کنند. • هنگامی که قوانین به ارزش تبدیل می‌شود محدود شدن و استرس عمل به قوانین از بین می رود.
پنجم و ششم	• گسلش یا آمیختگی • دادن تکلیف به عنوان قضاوت ذهن تمرین اینکه دستانتان افکارتان هستند. تمرین مشت محکم و رادیوی ذهن و ذهن قصه‌گو • تمرین ذهن عابر وراج • تمثیل مسافران اتوبوس • روشن کردن اینکه ذهن برای دلیل آوردن بی‌نظیر است. • بیان افکار منفی در قالب صدای مضحک مثل پسر شجاع و ... • افکار منفی را در قالب آواز بیان کردن با لحنی کودکانه	• شکستن قواعد زبانی • جدا شدن از افکار خود و تماشای افکار به جای گم شدن در آنها	• باعث می‌شود افکار فقط و فقط واژه و افکار باشند، نه امور واقعی • تمرکز بر زمان حال و برداشتن موانع بدون تغییر دادن شرایط

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

ادامه جدول شماره ۱: برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا	هدف	پیامد
هفتم	• کارکردن مفهوم خود را به عنوان زمینه دیدن و خود مفهوم‌سازی شده • تمرین مشاهده‌گر • تمرین عینیت بخشیدن • استفاده از استعاره آب و هوا و لوازم منزل و صفحه شطرنج	• توجه به بخش خویشتن پایدار و بخشی که متوجه گذار افکار و هیجانات و احساسات و حس‌های بدنی در آگاهیتان است.	• خویشتن برابر با افکار و احساسات و حس‌های بدنی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه برابر با شخص در نظر گرفته می‌شود. • افکار و احساسات، پیوسته در حال تغییر است.
هشتم	• صحبت در مورد اقدام متعهدانه • دادن تمرین و پرسیدن سئوال که چقدر تمایل دارید کارهایی را انجام دهید تا زندگی‌تان بهبود یابد و دادن نمره از صفر تا ۱۰ • نوشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلند مدت در راستای ارزش‌ها	• اجرای رفتاری همسو با ارزش‌های فرد • تشویق به اعمالی که به سمت ارزش‌ها هدایت شده	• فرد نسبت به ارزش‌ها اقدانات متعهدانه انجام می‌دهد و در جهت ارزش‌ها گام برمی‌دارد. • از بین رفتن ترس‌ها و موانع و رسیدن به ارزش‌ها در زندگی

جدول شماره ۲: برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش به تفکیک گروه آزمون و کنترل

گروه	آزمون	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۹ (۶۰/۰)	۹ (۶۰/۰)
شاغل	۶ (۴۰/۰)	۶ (۴۰/۰)
وضعیت تحصیلی		
دیپلم و فوق دیپلم	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)
لیسانس	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)

یر اساس یافته‌های جدول شماره ۴، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد، به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین نمرات درد در گروه آزمون که در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن تاثیر دارد و باعث کاهش درد در بیماران دچار بیماری عروق کرونری می‌شود.

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون برای متغیر تاب‌آوری، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشت، به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین نمره تاب‌آوری گروه آزمون که در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن تاثیر داشته و باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران دچار بیماری عروق کرونری شده است (جدول شماره ۵).

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون برای متغیر خودمراقبتی، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد، به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین نمرات خودمراقبتی در گروه آزمون که در معرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفته‌اند، به طور معنی‌داری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و مؤلفه‌های آن تأثیر داشته و باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران دچار بیماری عروق کرونری شده است (جدول شماره ۶).

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرها در پیش‌آزمون در دو گروه آزمون و کنترل

گروه		آزمون	کنترل
متغیر		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیش‌آزمون			
درد مزمن	شدت درد	۴۶/۶۶ (۱۰/۷۸)	۴۶/۶۰ (۵/۴۸)
	ناتوانی	۴۴/۶۶ (۵/۷۵)	۴۵/۶۰ (۳/۹۰)
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۲۷/۶۰ (۳/۷۷)	۲۷/۶۶ (۳/۱۹)
	تحلیل عاطفه منفی	۱۹/۶۶ (۱/۹۱)	۲۰/۰۶ (۱/۷۵)
	پذیرش تغییر مثبت	۱۹/۳۳ (۲/۳۱)	۱۹/۸۶ (۱/۹۲)
	کنترل	۸/۹۳ (۱/۰۳)	۹/۳۰ (۱/۰۸)
	تاثیرات معنوی	۴/۶۶ (۰/۸۹)	۵/۲۶ (۱/۷۰)
خودمراقبتی	حفظ مراقبت از خود	۵۱/۸۶ (۷/۵۵)	۵۰/۷۳ (۴/۲۶)
	مدیریت مراقبت از خود	۴۶/۱۳ (۴/۶۵)	۴۶/۸۰ (۱/۷۴)
	اعتماد به خود در زمینه مراقبت	۴۸/۴۶ (۸/۰۱)	۴۸/۲۶ (۴/۲۸)
پس‌آزمون			
درد مزمن	شدت درد	۳۷/۲۶ (۷/۱۷)	۴۹/۱۳ (۵/۰۲)
	ناتوانی	۳۶/۵۳ (۵/۶۵)	۴۴/۸۰ (۶/۶۲)
تاب‌آوری	تصور از شایستگی فردی	۳۶/۰۶ (۳/۸۴)	۲۸/۰۶ (۳/۶۳)
	تحلیل عاطفه منفی	۲۴/۸۶ (۲/۰۶)	۲۱/۵۳ (۲/۸۷)
	پذیرش تغییر مثبت	۲۸/۰۶ (۲/۱۵)	۲۰/۲۰ (۲/۶۵)
	کنترل	۱۴/۳۳ (۲/۰۵)	۱۰/۵۳ (۱/۵۵)
	تاثیرات معنوی	۸/۸۶ (۱/۳۵)	۵/۶۶ (۱/۲۹)
خودمراقبتی	حفظ مراقبت از خود	۶۳/۲۰ (۸/۶۱)	۴۷/۷۳ (۵/۲۵)
	مدیریت مراقبت از خود	۵۱/۸۰ (۵/۲۱)	۴۵/۹۳ (۲/۹۸)
	اعتماد به خود در زمینه مراقبت	۵۹/۲۶ (۷/۲۶)	۴۸/۶۶ (۵/۹۶)

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد مزمن تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هیز و استراهال (۲۰۱۰) و شهابی و همکاران (۱۳۹۹) مطابقت دارد. هیز و استراهال به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و اضطراب مرتبط با درد بیماران مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی تاثیر دارد و میزان درد مزمن را در آنها کاهش می‌دهد. همچنین، شهابی و همکاران در مطالعه خود گزارش دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بخش بازتوانی قلب تاثیر دارد و باعث بهبود و افزایش تاب‌آوری آنان می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان پذیرش و تعهد، تاکید اصلی بر قبول واقعیت، پذیرش مسئولیت و زمان حال است، لذا مشاور به مراجع کمک می‌کند تا رفتارش را مورد ارزیابی قرار دهند و ببینند که آیا این رفتار برای آنها کاربردی و مفید است یا خیر، و برای انجام رفتارهای بهتر، برنامه‌ای واقع‌بینانه تنظیم کند. لذا برای آن که به اهداف خود برسند، باید به انجام آن طرح متعهد باشند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

است. در واقع، رویکردهای مبتنی بر پذیرش، به جای تاکید بر کاهش اضطراب، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند. درمان پذیری و تعهد می‌تواند با افزایش انعطاف‌پذیری و دستیابی به اهداف شخصی، باعث کاهش درد مزمن در بیماران شود (شهابی و همکاران، ۱۳۹۹).

جدول شماره ۴: تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون درد مزمن، تاب‌آوری و خودمراقبتی به تفکیک گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P
شدت درد	۱۰۵۶/۱۳	۱	۱۰۵۶/۱۳	۲۷/۵۱	۰/۰۰۱
ناتوانی	۵۱۲/۵۳	۱	۵۱۲/۵۳	۱۳/۵۱	۰/۰۰۱
تصور از شایستگی فردی	۴۸۰/۰۱	۱	۴۸۰/۰۱	۳۴/۲۹	۰/۰۰۱
تحمل عاطفه منفی	۸۳/۳۳	۱	۸۳/۳۳	۱۳/۲۹	۰/۰۰۱
پذیرش تغییر مثبت	۴۶۴/۱۳	۱	۴۶۴/۱۳	۷۹/۵۶	۰/۰۰۱
کنترل	۱۰۸/۳۰	۱	۱۰۸/۳۰	۳۲/۵۵	۰/۰۰۱
تأثیرات معنوی	۷۶/۸۰	۱	۷۶/۸۰	۴۳/۸۲	۰/۰۰۱
حفظ مراقبت از خود	۱۷۹۴/۱۳	۱	۱۷۹۴/۱۳	۳۵/۲۴	۰/۰۰۱
مدیریت مراقبت از خود	۲۵۸/۱۳	۱	۲۵۸/۱۳	۱۴/۳۰	۰/۰۰۱
اعتماد به خود در مراقبت	۸۴۲/۴۰	۱	۸۴۲/۴۰	۱۹/۰۶	۰/۰۰۱

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های شهابی و همکاران (۱۳۹۹) و هیز، پیستورلو و لوین (۲۰۱۲) مطابقت دارد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه روش‌های گسلش و پذیرش، و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به تنظیم هیجانات و افزایش تاب‌آوری و ادراک بهتر نسبت به بیماری می‌شود. در اینجا مراجعان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند (شهابی و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع، پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به پیشرفت عملکرد و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی در آن‌ها می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر پذیرش هرچه بیشتر احساسات ناخوشایند، آگاهی متمرکز بر لحظه حال و درگیری و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است، تأکید دارد. همچنین، بیماران قلبی‌عروقی بیش از پیش مرگ را جلوی چشمان خود می‌بینند و این درمان از طریق افزایش ذهن‌آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند و میزان پریشانی خود را کاهش دهد. بنابراین، درمان پذیرش و تعهد نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری بیماران قلبی‌عروقی دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش سیافی و همکاران (۱۳۹۹) مطابقت دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرد را تشویق می‌کند با خودارزیابی‌های خویش، به عنوان افکاری ساده برخورد کند و به فرد آموزش داده می‌شود ارزیابی‌های منفی از خود را اصلاح کند. همچنین، این درمان به دنبال تضعیف اجتناب تجربی است و فرد را تشویق می‌کند تا افکار، احساسات، هیجان‌ها و تکانه‌های خود را به طور کامل بپذیرد و اهداف ارزشمندی را برای خود مشخص کند. همچنین، آمیختگی شناختی در بیماران از طریق فرآیند گسلش

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

شناختی و پذیرش، تضعیف می‌شود و بدکارکردی‌های شناختی و دلیل تراشی‌ها در آنها کاهش می‌یابد و پیگیری اهداف ارزشمند در زندگی و عمل متعهدانه برای دستیابی به این اهداف منجر به جنبه‌های مثبت و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی در بیماران می‌شود (سیافی و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رفتارهای خودمراقبتی در روند درمان و بهبودی بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی‌عروقی و سرطان نقش حیاتی و انکارناپذیری دارند. در طب رفتاری مدرن به نقش بیمار در پیروی از دستورات پزشک، رعایت رژیم غذایی مناسب، پرهیز از تنش و استرس، و مصرف به موقع داروها تاکید فراوانی شده است. در واقع، رفتارهای خودمراقبتی بخش انکارناپذیر روند بهبودی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاکید بر ذهن‌آگاهی و در لحظه حال زیستن، ذهن بیماران مبتلا به به بیماری قلبی-عروقی را از مرداب گذشته و کلنجارهای بی‌حاصل و خسته‌کننده رها می‌کند و با پیوند به ارزش‌ها و تعهد به انجام آنها در زندگی باعث می‌شود این بیماران با پذیرش فعال بیماری خود و شرایط موجود مانند مسافری از ساحل اقیانوس، خروش امواج سهمگین و طوفانی را نظاره کنند، بدون اینکه خود را در وسط خطر ببینند؛ لذا درمان پذیرش و تعهد می‌تواند خودمراقبتی را در بیماران افزایش دهد (لوسدا و همکاران، ۲۰۱۵). اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌شود و باعث ارتقای کیفیت زندگی و خودمراقبتی و سلامت روان این افراد می‌گردد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. یافته‌های پژوهش بر اساس مقیاس و با استفاده از پرسشنامه به دست آمد؛ پرسشنامه‌ها اصولا به دلیل یافته‌های ناخودآگاه، مستعد تحریف هستند و این ممکن است نتایج پژوهش را به مخاطره بیاندازد. این پژوهش فقط بر روی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شد و سایر بیماران را مورد بررسی قرار نداد که تعمیم نتایج به سایر بیماران را محدود می‌سازد. با توجه به اینکه عوامل مختلفی بر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تاثیر دارد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، عوامل اجتماعی اقتصادی، عوامل شخصیتی و عوامل خانوادگی نیز به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود تاب‌آوری و خودمراقبتی و کاهش درد مزمن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر می-شود. پیشنهاد می‌گردد درمانگران و متخصصان سلامت از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های آموزشی و درمانی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. بدین وسیله از همه زنان شرکت‌کننده در پژوهش و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع فارسی

پسندیده، م. زارع، ل. ۱۳۹۵. بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم. مجله روانشناسی سلامت، ۲۰، ۸۸-۱۰۸.

رحیمیان‌بوگر، ا. اصغرنژادفرید، ع. ۱۳۸۷. رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با سلامت روان جوانان و بزرگسالان بازمانده مناطق زلزله زده شهرستان بم. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۶۲-۷۰.

سیافی، سیمین؛ ستوده اصل، نعمت؛ و ابراهیمی‌ورکیانی، مرتضی (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی. مجله مطالعات روانشناختی، ۱۶(۳)، ۲۳-۴۵.

شجاعی، ف. عاصمی، ص. نجف یارندی، ا. حسینی، ف. ۱۳۸۴. بررسی ارتباط رفتارهای مراقبت از خود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. نشریه پرستاری ایران، ۱۸ (۴۴)، ۵۵-۴۹.

شهباز، ا. همتی مسلک پاک، م. ۱۳۹۶. ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با بستری مجدد در افراد با نارسایی قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق، ۶(۲)، ۲۴-۳۳.

شهابی، ع.، احتشام‌زاده، پ. عسگری، پ. و مکوندی، ب. ۱۳۹۹. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و تصویرسازی ذهنی هدایت شده بر تاب آوری بیماران قلبی مراجعه کننده به بخش بازتوانی قلب. مجله افق دانش، ۲۶(۳)، ۲۷۶-۲۹۷.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

صیرفی، م. آقامحمدی، م. و پیمانی، ج. ۱۳۹۴. تاثیر پیش بینی پذیری و احساس کنترل بر میزان درد بیماران جراحی قلب باز. مجله پرستار و پزشک در رزم، ۳(۸)، ۳۴-۴۰.

مرادی، ش. قدرتی میرکوهی، م. ۱۳۹۹. مقایسه نقش امید و تاب آوری در پیش بینی رضایت از زندگی سالمندان. سالمندشناسی، ۵ (۲)، ۷۱- ۸۱.

منصوری، س. هاساواری، ف. صدقی‌ثابت، م. کاظم‌نژادلیلی، ا. قلی‌پور، م. ۱۳۹۶. بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۴)، ۲۳۲-۲۴۱.

نوری‌سعید، ا. اکبری، ب. سالاری، ا. ۱۳۹۳. مقایسه تاب آوری روانی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی با افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۳(۹۱)، ۴۷-۵۲.

منابع انگلیسی

Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety, 18, 76-82.

Deaton, C., Grady, K.L. (2004). State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 19(5), 329-38.

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 and Mental Health, 21(7), 766-773.

Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. Journal of Contextual Behavioral Science, 16, 134-143

Forman, E.M., Herbert, J.D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in w .o'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken , NJ: Wiley, PP: 263-265.

Graham, C.D., Gillanders, D., Stuart, S., Gouick, J. (2014). An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. Clinical Case Studies, 14(2), 83-97.

Hayes, S., Strosahl, K. (2010). Practical Guide to Acceptance and commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc.

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist, 40(7), 976- 1002.

Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Zambroski, C.H., Chung, M. L. (2007). A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 36(1), 16-24.

Hill, M. L., Schaefer, L. W., Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants study. Journal of Contextual Behavioral Science, 16, 144- 152.

Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J., Kupper, N. (2016). Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(5), 337-44

Losada, A., Marquez-Gonzalez, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B.T., Lopez, J., Fernandez-Fernandez, V., et al. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. Journal Consult Clinical Psychol, 83(4), 760-72.

Oksel, E., AkbiyIk, A., Kocak, G. (2009). Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing, 31(7), s22.

Ong, A.D., Zautra, A.J., Reid, M.C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions .Psychology and aging,25(3), 45-67.

Padmanabhan, S. H.C., Prabhakaran, D., Dominczak, A. F. (2010). Genomic approache to coronary artery disease. Indian J Med Res, 132, 567-78

Riegel, B., Carlson, B., Moser, D.K., Sebern, M,. Hicks, F.D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the selfcare of heart failure index. Journal Card Fail, 10(4), 350-60.

Ripley, D.P., Motwani, M., Plein, S., & Greenwood, J.P. (2014). Established and emerging cardiovascular magnetic resonance techniques for the assessment of stable coronary heart disease and acute coronary syndromes. Quantitative Imaging in Medicine and Surgery, 4, 330-44.

Sidheek, K. F, Satyanarayana, V. A., Sowmya, H. R., & Chandra P. S. (2017). Using the Kannada version of the connor davidson resilience scale to assess resilience and its relationship with psychological ,distress among adolescent girls in Bangalore :(India. Asian Journal of Psychiatry, (30), 169-172.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

Spatola, C.A., Manzoni, G.M., Castelnuovo, G., Malfatto, G., Facchini, M., Goodwin, CL, et al. (2014). The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on acceptance and commitment therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. Health and Quality of Life Outcomes, 12(22), 1-10.

Suny, X., Weissman, C. (1994).The use of analgesics and sedatives in critically ill patients. Heart&lung, 23, 170

Von Korff, M., Dworkin, S.F., Le Resche, L. (1990). Graded .chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain, 40(3), 279-91

Yorke, J., Wallis, M.,Macleen, B. (2010). Cardiac patiens perception of pain management after cardiac surgery. Heart& lung, 33(1),33-34.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

Original Article

The effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease

Vida Mohamdiheris[1], PhD Candidate
*** Ali Shakerdolag[2], PhD**
Ali Khademi[3], PhD
Ali Zeynali[4], PhD
Naser Safai[5], MD

Abstract

Aim. The aim of this study was to examine the effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease.

Background. Women with cardiovascular disease have many problems in the field of physical and mental health and one of the effective methods to manage these problems is treatment based on acceptance and commitment.

Method. The study was conducted based on a quasi-experimental pretest-posttest with a control group design. The statistical population included all women with coronary artery disease who referred to Tabriz Heart Hospital within six months in late 2019 and early 2020. After reviewing the clinical interview, women were selected to enter the study based on inclusion criteria and randomly assigned to experimental (n=15) and control group (n=15). Data were collected using the Van Korf et al. Chronic Pain Scale, the Connor and Davidson Resilience Questionnaire, and the Rigel et al. Self-Care Scale. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance in SPSS version 19.

Findings. The results showed that acceptance and commitment therapy had a statistically significant effect on chronic pain, resilience and self-care of women with coronary artery disease. Acceptance and commitment therapy reduces chronic pain and improves and increases resilience and self-care in women with coronary artery disease.

Conclusion. Acceptance and commitment therapy improved resilience and self-care and reduced chronic pain in women with coronary artery disease. It is recommended that therapists and health professionals use acceptance and commitment therapy along with other educational and therapeutic methods to improve health-related characteristics.

Keywords: Coronary artery disease, Chronic pain, resilience, self-care, acceptance and commitment therapy

1 PhD Candidate in General Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
(*Corresponding Author) email: ali.shaker2000@gmail.com
3 Associate Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
4 Associate Professor, Department of Psychology, Khoy Branch, Islamic Azad University, Khoy, Iran
5 Professor of Cardiovascular Surgery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-11-09]