Journal of Research in Psychological Health
June 2026, Volume20, Issue1

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cardiac anxiety and psychological resilience in patients with coronary artery disease with a family history of heart disease

Mahrokh Ajorloo[1]*
1. Department of Clinical Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Citation: Ajorloo, M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cardiac anxiety and psychological resilience in patients with coronary artery disease with a family history of heart disease. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth20262; 20 (1), 1-14. [Persian].

Article Info:

Key words
Acceptance and commitment therapy, cardiac anxiety, psychological flexibility, coronary heart disease, family history of heart disease.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on cardiac anxiety and psychological flexibility in patients with coronary artery disease with a family history of heart disease. This study was a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The study population included patients referred to Imam Hussein Hospital from May to June 1404, of whom 30 were selected by convenience sampling and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group underwent acceptance and commitment therapy for 10 sessions, and the data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. The results showed that acceptance and commitment therapy significantly reduced cardiac anxiety and significantly increased psychological flexibility in the experimental group, and these changes were maintained in the follow-up phase. Based on the findings, acceptance and commitment therapy can be used as a complementary intervention in reducing cardiac anxiety and promoting psychological resilience in patients with coronary artery disease and a family history of heart disease.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با سابقه خانوادگی بیماری قلبی

ماهرخ آجرلو [1]*

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۴/۰۷/۲۵

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۵/۰۲/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با سابقه خانوادگی بیماری قلبی انجام شد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین(ع) در اردیبهشت تا خردادماه ۱۴۰۴ بود که ۳۰ نفر از آنان به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار اضطراب قلبی و افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش شد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. بر اساس یافته‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مکمل در کاهش اضطراب قلبی و ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب با سابقه خانوادگی بیماری قلبی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب قلبی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بیماری عروق کرونر قلب، سابقه خانوادگی بیماری قلبی.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی یکی از اصلی‌ترین علل مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان به شمار می‌روند و بیماری عروق کرونر قلب بخش مهمی از بار ناشی از این بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (هاوارد و همکاران، ۲۰۲۶). این بیماری علاوه بر پیامدهای جسمانی و فیزیولوژیک، می‌تواند ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی زندگی فرد را نیز تحت تأثیر قرار دهد (وارلا و همکاران، ۲۰۲۶). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در زمینه تشخیص و درمان پزشکی، بیماری عروق کرونر قلب همچنان یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت محسوب می‌شود. از این رو، توجه به عواملی که می‌توانند بر نحوه مواجهه فرد با بیماری و پیامدهای آن اثرگذار باشند، اهمیت ویژه‌ای دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در کنار عوامل خطرزای کلاسیک، مانند فشارخون بالا، دیابت و مصرف دخانیات، عوامل روان‌شناختی نیز در شروع، تداوم و پیش‌آگهی بیماری‌های قلبی-عروقی نقش دارند (هلمارک و همکاران، ۲۰۲۶).

در میان عوامل مرتبط با بیماری قلبی، سابقه خانوادگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و می‌تواند با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی همراه باشد (وارلا و همکاران، ۲۰۲۶). این ارتباط تنها به عوامل ژنتیکی محدود نمی‌شود و عوامل محیطی، سبک زندگی و تجربه‌های مشترک خانوادگی نیز می‌توانند در آن نقش داشته باشند. افزون بر این، تجربه بیماری، ناتوانی یا مرگ ناشی از بیماری قلبی در اعضای خانواده ممکن است نگرانی فرد درباره سلامت قلب خود را افزایش دهد. در نتیجه، بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب که سابقه خانوادگی بیماری قلبی دارند، از منظر بررسی عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری، جامعه‌ای قابل توجه محسوب می‌شوند.

یکی از مشکلات روان‌شناختی مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی، اضطراب قلبی است. اضطراب قلبی به ترس و نگرانی نسبت به علائم و احساسات مرتبط با قلب و نگرانی درباره احتمال وقوع یک رویداد قلبی جدی اشاره دارد (لامپریدو و همکاران، ۲۰۲۶). افراد مبتلا به اضطراب قلبی ممکن است نسبت به تغییرات جسمانی خود حساسیت بالایی داشته باشند و علائمی مانند تپش قلب یا درد قفسه سینه را به‌عنوان نشانه‌ای از تهدید جدی برای سلامت خود تفسیر کنند. این وضعیت می‌تواند با توجه بیش از حد به نشانه‌های جسمانی، نگرانی مداوم درباره وضعیت قلب و اجتناب از فعالیت‌هایی که فرد آن‌ها را خطرناک تلقی می‌کند، همراه باشد (پنتون و همکاران، ۲۰۲۶). در افرادی که سابقه خانوادگی بیماری قلبی دارند، مشاهده بیماری یا مرگ قلبی در اعضای خانواده می‌تواند نگرانی درباره سلامت قلب و حساسیت نسبت به نشانه‌های جسمانی را تشدید کند.

اضطراب قلبی می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی و محدود شدن فعالیت‌های روزمره و اجتماعی بیمار همراه باشد و سازگاری فرد با بیماری مزمن را دشوارتر کند. همچنین، اشتغال ذهنی مداوم نسبت به علائم جسمانی و ترس از وقوع یک رویداد قلبی ممکن است بیمار را به سمت اجتناب از فعالیت‌های بدنی سوق دهد و مشارکت او در فرایند بازتوانی را محدود سازد (هلمارک و همکاران، ۲۰۲۶). از سوی دیگر، برانگیختگی هیجانی و استرس پایدار می‌توانند از طریق سازوکارهای فیزیولوژیک و رفتاری بر وضعیت سلامت و سازگاری بیمار با بیماری قلبی اثرگذار باشند (وارلا و همکاران، ۲۰۲۶). بنابراین، کاهش اضطراب قلبی می‌تواند یکی از اهداف مهم مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب باشد.

در کنار اضطراب قلبی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از سازه‌های مهم در نحوه مواجهه فرد با بیماری‌های مزمن و تجربه‌های ناخوشایند مرتبط با آن‌هاست. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تماس با لحظه حال، پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و در عین حال ادامه رفتارهای همسو با ارزش‌ها و اهداف فردی اشاره دارد (نینگ و همکاران، ۲۰۲۶). در این مفهوم، پذیرش به معنای حذف یا تسلیم شدن در برابر تجربه‌های ناخوشایند نیست، بلکه به معنای ایجاد ظرفیت برای حضور این تجربه‌ها بدون تلاش افراطی برای کنترل یا حذف آن‌هاست.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

در مقابل، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌تواند با اجتناب تجربه‌ای و تلاش مداوم برای کنترل تجربه‌های درونی ناخوشایند همراه باشد (گوما عبدالراشید و همکاران، ۲۰۲۶).

در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین ممکن است موجب شود فرد بخش زیادی از توجه و منابع روان‌شناختی خود را صرف کنترل علائم، نگرانی درباره پیامدهای بیماری و اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز کند. چنین الگویی می‌تواند مشارکت فرد در فعالیت‌های اجتماعی، جسمانی و معنادار زندگی را کاهش دهد و فرایند سازگاری با بیماری را دشوارتر سازد (نینگ و همکاران، ۲۰۲۶). از این منظر، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای فقدان اضطراب یا افکار ناخوشایند نیست، بلکه به توانایی فرد برای ادامه رفتارهای ارزشمند در حضور این تجربه‌ها اشاره دارد. بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند هدف مهمی برای مداخلاتی باشد که با هدف بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی می‌شوند (گوما عبدالراشید و همکاران، ۲۰۲۶).

با توجه به ماهیت مزمن بیماری عروق کرونر قلب و ضرورت توجه به ابعاد روان‌شناختی آن، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی، مورد توجه حوزه روان‌شناسی سلامت قرار گرفته است. این رویکرد به جای تمرکز اصلی بر تغییر محتوای افکار، بر تغییر رابطه فرد با افکار، احساسات و تجربه‌های درونی و حرکت در جهت ارزش‌های شخصی تأکید دارد (کاراتاش و توسون، ۲۰۲۶). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرایندهای پذیرش، ناهمجوشی شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است. این فرایندها به فرد کمک می‌کنند تا در حضور تجربه‌های ناخوشایند، رفتار خود را بر اساس ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی تنظیم کند (نینگ و همکاران، ۲۰۲۶).

در مورد بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به جای تلاش برای حذف کامل اضطراب و نگرانی، بر تغییر نحوه مواجهه بیمار با این تجربه‌ها تمرکز کند. بیمار می‌آموزد که افکار و احساسات مرتبط با بیماری را تجربه کند، بدون آنکه الزاماً از آن‌ها پیروی کرده یا اجازه دهد این تجربه‌ها رفتار او را به‌طور کامل کنترل کنند. چنین فرایندی می‌تواند به بیمار کمک کند تا در کنار پذیرش شرایط جسمانی خود، فعالیت‌های متناسب با ارزش‌ها و اهداف شخصی را دنبال کند (کاراتاش و توسون، ۲۰۲۶). از این منظر، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند یکی از سازوکارهای نظری مهم در تبیین آثار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات روان‌شناختی بیماران قلبی باشد (گوما عبدالراشید و همکاران، ۲۰۲۶).

با وجود توجه روزافزون به مداخلات روان‌شناختی در بیماران قلبی، بیشتر مطالعات پیشین به بررسی کلی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی پرداخته‌اند و شواهد مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی همچنان محدود است. به‌ویژه، توجه به ویژگی‌های روان‌شناختی بیمارانی که سابقه خانوادگی بیماری قلبی دارند، می‌تواند در شناخت دقیق‌تر نیازهای این گروه اهمیت داشته باشد؛ زیرا مواجهه خانوادگی با بیماری قلبی ممکن است نگرانی فرد درباره سلامت قلب و نحوه واکنش او به علائم جسمانی را تحت تأثیر قرار دهد (پنتون و همکاران، ۲۰۲۶). از سوی دیگر، با توجه به نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در نحوه مواجهه فرد با تجربه‌های ناخوشایند، بررسی مداخلاتی که مستقیماً این ظرفیت را هدف قرار می‌دهند از اهمیت بالینی برخوردار است (گوما عبدالراشید و همکاران، ۲۰۲۶).

از این رو، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این گروه خاص می‌تواند به گسترش شواهد مربوط به کاربرد مداخلات روان‌شناختی در بازتوانی بیماران قلبی کمک کند. همچنین، چنین پژوهشی می‌تواند مشخص کند که آیا یک مداخله مبتنی بر فرایندهای پذیرش و تعهد قادر است هم‌زمان اضطراب قلبی را کاهش داده و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران را ارتقا دهد (کاراتاش و توسون، ۲۰۲۶). دستیابی به چنین شواهدی می‌تواند زمینه استفاده هدفمندتر از مداخلات روان‌شناختی را در کنار مراقبت‌های پزشکی و برنامه‌های بازتوانی قلبی فراهم کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی انجام شد.

روش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی بود که در بازه زمانی اردیبهشت تا خردادماه سال ۱۴۰۴ به بیمارستان امام حسین(ع) مراجعه کردند. حجم نمونه با توجه به ماهیت طرح نیمه‌آزمایشی، ۳۰ نفر تعیین شد. پس از غربالگری اولیه و بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش، بیماران واجد شرایط شناسایی و برای شرکت در مطالعه دعوت شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص بیماری عروق کرونر قلب توسط پزشک متخصص، داشتن سابقه خانوادگی بیماری قلبی در بستگان درجه اول، قرار داشتن در دامنه سنی تعیین‌شده برای پژوهش، برخورداری از توانایی جسمانی و شناختی لازم برای شرکت در جلسات درمانی، نداشتن سابقه شرکت هم‌زمان در برنامه‌های روان‌درمانی منظم و تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت آگاهانه بود.معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات مداخله، انصراف فرد از ادامه همکاری، بروز شرایط جسمانی یا پزشکی حاد که ادامه حضور در جلسات را غیرممکن کند، شروع هم‌زمان یک درمان روان‌شناختی جدید در طول اجرای پژوهش و عدم همکاری مؤثر در تکمیل ابزارهای پژوهش بود.

نمونه‌گیری در این پژوهش به روش در دسترس و داوطلبانه انجام شد؛ به این صورت که از میان بیماران واجد شرایط مراجعه‌کننده به بیمارستان، افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش و دریافت مداخله درمانی داشتند، انتخاب شدند. پس از تکمیل فرایند غربالگری و انتخاب نمونه نهایی، ۳۰ بیمار به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، گمارش شدند. بنابراین، نمونه‌گیری در مرحله انتخاب آزمودنی‌ها به روش در دسترس و گمارش افراد به گروه‌های پژوهش به روش تصادفی انجام گرفت.

جدول ۱. پروتکل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	تکلیف
۱	آشنایی درمانگر و بیماران، ایجاد رابطه درمانی، معرفی ساختار جلسات، بررسی مشکلات و نگرانی‌های مرتبط با بیماری قلبی، آموزش مفهوم اضطراب قلبی و آشنایی با مفهوم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	ثبت موقعیت‌هایی که در طول هفته موجب افزایش اضطراب یا نگرانی درباره وضعیت قلبی می‌شوند و توجه به افکار، احساسات و واکنش‌های بدنی همراه با آن‌ها
۲	شناسایی افکار و احساسات ناخوشایند مرتبط با بیماری قلبی، بررسی تلاش‌های فرد برای کنترل یا اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند و آشنایی با مفهوم پذیرش	ثبت تجربه‌های ناخوشایند و شیوه واکنش به آن‌ها؛ تمرین مشاهده افکار و احساسات بدون تلاش برای حذف یا تغییر آن‌ها
۳	آموزش پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش اجتناب تجربی و کمک به بیمار برای ایجاد رابطه‌ای منعطف‌تر با اضطراب، ترس و نگرانی‌های قلبی	انجام تمرین پذیرش در موقعیت‌های ایجادکننده اضطراب و ثبت میزان اضطراب قبل و بعد از تمرین
۴	آموزش گسلش شناختی و کاهش همانندسازی با افکار، کمک به بیماران برای مشاهده افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت‌های قطعی	شناسایی افکار اضطراب‌زا و تمرین مشاهده آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی؛ ثبت میزان باور به افکار قبل و بعد از تمرین
۵	آموزش تماس با لحظه حال و کاهش اشتغال ذهنی با پیامدهای احتمالی بیماری و توجه به تجربه‌های کنونی بدون تفسیر فاجعه‌آمیز	انجام تمرین ذهن‌آگاهی روزانه و تمرکز بر تنفس، حواس پنج‌گانه و فعالیت‌های روزمره؛ ثبت تجربه تمرین
۶	آموزش مفهوم خود به‌عنوان زمینه، ایجاد فاصله از افکار و احساسات مرتبط با بیماری و تقویت مشاهده‌گری نسبت به تجربه‌های درونی	انجام تمرین مشاهده افکار و احساسات از جایگاه ناظر و ثبت موقعیت‌هایی که فرد توانسته است بدون درگیرشدن با افکار خود به آن‌ها توجه کند

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

۷	شناسایی ارزش‌های شخصی، بررسی تأثیر بیماری و اضطراب قلبی بر فعالیت‌های ارزشمند و تفکیک ارزش‌ها از اهداف کوتاه‌مدت	تعیین مهم‌ترین ارزش‌های فردی و نوشتن فعالیت‌هایی که می‌توانند در راستای این ارزش‌ها انجام شوند
۸	آموزش عمل متعهدانه، تعیین اهداف رفتاری هماهنگ با ارزش‌ها و کاهش اجتناب از فعالیت‌های ارزشمند به دلیل ترس و اضطراب قلبی	انتخاب یک یا چند هدف کوچک و واقع‌بینانه در راستای ارزش‌های شخصی و ثبت میزان پایبندی به انجام آن‌ها
۹	یکپارچه‌سازی فرایندهای شش‌گانه ACT و تمرین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مواجهه با افکار، احساسات و نشانه‌های بدنی مرتبط با بیماری قلبی	اجرای تمرین ترکیبی پذیرش، گسلش شناختی، ذهن‌آگاهی و عمل متعهدانه در یک موقعیت واقعی و ثبت نتایج
۱۰	مرور محتوای جلسات، تقویت مهارت‌های کسب‌شده، بررسی تغییرات و پیشگیری از بازگشت الگوهای اجتنابی و تدوین برنامه حفظ دستاوردها	تهیه برنامه شخصی برای ادامه تمرین‌ها، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و تعیین شیوه استفاده از مهارت‌های ACTدر مواجهه با آن‌ها

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب قلبی

برای سنجش اضطراب قلبی از پرسشنامه اضطراب قلبی استفاده شد. این پرسشنامه توسط ایفرت و همکاران در سال ۲۰۰۰ با هدف ارزیابی اضطراب اختصاصی مرتبط با علائم و وضعیت قلبی تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۸ گویه است و پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز با نمره ۰ تا همیشه با نمره ۴ ثبت می‌شود. در این مقیاس، نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر اضطراب قلبی است.

پرسشنامه اضطراب قلبی سه مؤلفه اصلی ترس، اجتناب و توجه را ارزیابی می‌کند. مؤلفه ترس به میزان نگرانی و ترس فرد در مواجهه با علائم و احساسات مرتبط با قلب می‌پردازد؛ مؤلفه اجتناب، میزان اجتناب فرد از فعالیت‌های جسمانی یا موقعیت‌هایی را بررسی می‌کند که ممکن است موجب بروز یا تشدید علائم قلبی شوند؛ و مؤلفه توجه، میزان تمرکز و پایش فرد نسبت به علائم بدنی، عملکرد قلب و ضربان قلب را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (اسپاتولا و همکاران، ۲۰۲۵).

شواهد حاصل از پژوهش‌های داخلی و خارجی، روایی سازه و روایی همگرای این ابزار را تأیید کرده‌اند. همچنین، در مطالعات انجام‌شده در ایران، میزان پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰.۷۱ تا ۰.۸۴ گزارش شده است که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار است.

پرسشنامه پذیرش و عمل ـ نسخه دوم

برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پرسشنامه پذیرش و عمل ـ نسخه دوم استفاده شد. این پرسشنامه توسط باند و همکاران در سال ۲۰۱۱ به‌منظور سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربی تدوین شده است. این ابزار دارای ۷ گویه است و آزمودنی‌ها میزان انطباق هر عبارت با تجربه خود را بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای، از همیشه درست است با نمره ۷ تا هرگز درست نیست با نمره ۱، مشخص می‌کنند.

پرسشنامه پذیرش و عمل ـ نسخه دوم یک مقیاس تک‌عاملی است و خرده‌مقیاس مجزایی ندارد. گویه‌های آن عمدتاً میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در برابر تجربه‌های ناخوشایند و تمایل به اجتناب یا کنترل تجربه‌های درونی را ارزیابی می‌کنند. در تفسیر نمرات، جهت نمره‌گذاری باید بر اساس شیوه نمره‌گذاری نسخه مورد استفاده در پژوهش مشخص شود؛ به‌گونه‌ای که پس از اعمال نمره‌گذاری استاندارد، نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی باشد. شواهد مربوط به روایی سازه این ابزار نیز از طریق ارتباط آن با شاخص‌ها و ابزارهای مرتبط با سلامت روان تأیید شده است (موران و همکاران، ۲۰۲۲).

پایایی پرسشنامه پذیرش و عمل ـ نسخه دوم در مطالعات مختلف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰.۷۸ تا ۰.۸۸ گزارش شده است. همچنین، بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌های ایرانی، قابلیت و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مطلوبیت آن را برای استفاده در جمعیت‌های بالینی تأیید کرده است.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی شرکت کردند که ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. متغیرهای مورد بررسی شامل اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	مرحله	میانگین گروه آزمایش	انحراف معیار گروه آزمایش	میانگین گروه کنترل	انحراف معیار گروه کنترل
اضطراب قلبی	پیش‌آزمون	۲٫۸۷	۰٫۶۱	۲٫۸۹	۰٫۵۶
اضطراب قلبی	پس‌آزمون	۱٫۷۱	۰٫۴۹	۲٫۷۴	۰٫۵۳
اضطراب قلبی	پیگیری	۱٫۸۳	۰٫۵۲	۲٫۸۱	۰٫۵۸
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۹٫۰۷	۳٫۶۸	۲۸٫۶۱	۳٫۵۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پس‌آزمون	۳۷٫۲۷	۳٫۲۱	۲۸٫۴۷	۳٫۴۲
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیگیری	۳۶٫۸۷	۳٫۳۸	۲۸٫۵۳	۳٫۴۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین اضطراب قلبی در گروه آزمایش از ۲٫۸۷ در مرحله پیش‌آزمون به ۱٫۷۱ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری برابر با ۱٫۸۳ بود. در مقابل، میانگین اضطراب قلبی در گروه کنترل در سه مرحله تغییر محدودی داشت. همچنین، میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش از ۲۹٫۰۷ در مرحله پیش‌آزمون به ۳۷٫۲۷ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری برابر با ۳۶٫۸۷ بود؛ در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد.

برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون شاپیرو–ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مرحله	آماره گروه آزمایش	سطح معناداری گروه آزمایش	آماره گروه کنترل	سطح معناداری گروه کنترل
اضطراب قلبی	پیش‌آزمون	۰٫۹۳	۰٫۳۶۶	۰٫۹۵	۰٫۶۸۶
اضطراب قلبی	پس‌آزمون	۰٫۸۸	۰٫۰۷۷	۰٫۹۳	۰٫۳۴۴
اضطراب قلبی	پیگیری	۰٫۹۰	۰٫۰۹۱	۰٫۹۴	۰٫۴۴۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۰٫۹۵	۰٫۶۸۳	۰٫۸۸	۰٫۰۹۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پس‌آزمون	۰٫۹۰	۰٫۱۸۰	۰٫۸۱	۰٫۰۵۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیگیری	۰٫۹۲	۰٫۳۰۰	۰٫۸۶	۰٫۰۶۳

نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که سطح معناداری در تمامی موارد بیشتر از ۰٫۰۵ بود؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای متغیرهای پژوهش در سه مرحله اندازه‌گیری تأیید شد.

برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون M باکس استفاده شد. مقدار M باکس برابر با ۳۸٫۴۹۹ و سطح معناداری کمتر از ۰٫۰۰۱ به دست آمد که نشان‌دهنده نقض فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس بود. با توجه به این نقض، برای تفسیر نتایج چندمتغیری از آماره پیلی استفاده شد؛ زیرا این آماره در برابر نقض پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس مقاومت بیشتری دارد.

برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا نیز آزمون لوین در سه مرحله اندازه‌گیری برای هر دو متغیر انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	آماره لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اضطراب قلبی	پیش‌آزمون	۲٫۳۶	۱	۲۸	۰٫۱۳۸
اضطراب قلبی	پس‌آزمون	۳٫۸۹	۱	۲۸	۰٫۰۶۱
اضطراب قلبی	پیگیری	۲٫۵۵	۱	۲۸	۰٫۱۲۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۳٫۰۱	۱	۲۸	۰٫۰۹۶
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پس‌آزمون	۳٫۲۵	۱	۲۸	۰٫۰۸۵
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیگیری	۲٫۸۲	۱	۲۸	۰٫۱۰۷

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری آزمون لوین در تمامی مراحل برای هر دو متغیر بیشتر از ۰٫۰۵ بود؛ بنابراین، فرض همگنی واریانس‌های خطا تأیید شد.

همچنین، برای بررسی کرویت داده‌ها از آزمون ماچلی استفاده شد. نتایج نشان داد که فرض کرویت برای متغیر اضطراب قلبی برقرار بود (p= ۰٫۲۶۱) و برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز فرض کرویت برقرار بود (p=. ۰٫۳۴۸) بنابراین، برای تحلیل تک‌متغیری اثر زمان و تعامل زمان و گروه، از درجات آزادی اصلاح‌نشده استفاده شد.

برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج آزمون‌های چندمتغیری در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون‌های چندمتغیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منبع	نوع آزمون	مقدار آزمون	آمارهF	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	پیلی	۰٫۷۳	۱۷٫۰۲	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۷۳
زمان	ویلکز	۰٫۲۷	۱۷٫۰۲	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۷۳
زمان	هتلینگ	۲٫۷۰	۱۷٫۰۲	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۷۳
زمان	روی	۲٫۷۰	۱۷٫۰۲	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۷۳
زمان × گروه	پیلی	۰٫۶۹	۱۴٫۰۷	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۶۹
زمان × گروه	ویلکز	۰٫۳۱	۱۴٫۰۷	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۶۹
زمان × گروه	هتلینگ	۲٫۲۳	۱۴٫۰۷	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۶۹
زمان × گروه	روی	۲٫۲۳	۱۴٫۰۷	۴	۲۵	>۰٫۰۰۱	۰٫۶۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نتایج جدول ۵ نشان داد که اثر اصلی زمان بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار بود .همچنین اثر متقابل زمان و گروه نیز معنادار بود . بنابراین، الگوی تغییرات متغیرهای وابسته در طول زمان در دو گروه تفاوت معناداری داشت.

برای بررسی جداگانه اثر گروه، زمان و تعامل زمان و گروه بر هر یک از متغیرهای وابسته، آزمون‌های تک‌متغیری انجام شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون‌های تک‌متغیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آمارهF	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب قلبی	گروه	۲۳،۴۲	۱	۲۳،۴۲	۲۵،۸۷	>۰،۰۰۱	۰،۴۸
اضطراب قلبی	زمان	۲۵،۴۲	۲	۱۲،۷۱	۴۳،۸۶	>۰،۰۰۱	۰،۶۱
اضطراب قلبی	زمان × گروه	۲۱،۴۶	۲	۱۰،۷۳	۳۷،۰۴	>۰،۰۰۱	۰،۵۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه	۵۱۲،۸۴	۱	۵۱۲،۸۴	۲۱،۶۳	>۰،۰۰۱	۰،۳۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	زمان	۸۴،۷۲	۲	۴۲،۳۶	۲۴،۷۱	>۰،۰۰۱	۰،۴۷
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	زمان × گروه	۱۰۱،۱۰	۲	۵۰،۵۵	۲۹،۴۸	>۰،۰۰۱	۰،۵۱

نتایج جدول ۶ نشان داد که اثر گروه بر اضطراب قلبی معنادار بود. همچنین اثر زمان بر اضطراب قلبی معنادار بود و اثر متقابل زمان و گروه نیز معنادار به دست آمد.در مورد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نیز اثر گروه معنادار بود . اثر زمان نیز معنادار بود و تعامل زمان و گروه نیز معنادار به دست آمد .بنابراین، تغییرات هر دو متغیر در طول زمان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت.

برای مشخص کردن محل تفاوت بین مراحل اندازه‌گیری، مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی

مقایسه	تفاوت میانگین اضطراب قلبی	خطای استاندارد اضطراب قلبی	سطح معناداری اضطراب قلبی	تفاوت میانگین انعطاف‌پذیری	خطای استاندارد انعطاف‌پذیری	سطح معناداری انعطاف‌پذیری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱،۱۶	۰،۱۲	>۰،۰۰۱	۸،۲۰	۰،۷۴	>۰،۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری	۰،۱۲	۰،۰۹	۰،۰۲۱	۰،۴۰	۰،۶۸	۰،۴۱۸
پیش‌آزمون - پیگیری	۱،۰۴	۰،۱۱	>۰،۰۰۱	۷،۸۰	۰،۷۹	>۰،۰۰۱

نتایج مقایسه‌های زوجی نشان داد که میانگین اضطراب قلبی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت همچنین، تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود . تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار بود، هرچند اندازه این تغییر نسبتاً محدود بود .

در مورد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود .تفاوت بین پیش‌آزمون و پیگیری نیز معنادار به دست آمد، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود . این یافته نشان می‌دهد که افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حاصل از مداخله در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شده است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی همراه بود. معناداری تعامل زمان و گروه برای هر دو متغیر نشان داد که تغییرات مشاهده‌شده در گروه آزمایش در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنادار بوده است. همچنین، پایداری نسبی تغییرات در مرحله پیگیری نشان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، موجب کاهش معنادار اضطراب قلبی و افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش شد و این تغییرات در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ گردید. معناداری اثر متقابل زمان و گروه برای هر دو متغیر نشان داد که تغییرات مشاهده‌شده در گروه آزمایش را نمی‌توان صرفاً به گذشت زمان نسبت داد و این تغییرات با دریافت مداخله ارتباط داشت. بنابراین، یافته کلی پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود هم‌زمان دو مؤلفه مهم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی حمایت می‌کند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش معنادار اضطراب قلبی در بیماران گروه آزمایش شد و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. این یافته با نتایج پژوهش پولات و همکاران (۲۰۲۵) همسو است که در بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد نشان دادند انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارد؛ به این معنا که هرچه فرد در مواجهه با افکار، هیجان‌ها و تجربه‌های ناخوشایند انعطاف‌پذیری کمتری داشته باشد، احتمال تجربه اضطراب بیشتر است. همچنین، یافته حاضر با نتایج پژوهش حبیبوویچ و همکاران (۲۰۲۵) همخوان است که نشان دادند انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی با پریشانی روان‌شناختی بیشتر همراه است و بر ضرورت مداخلاتی که بتوانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهند تأکید کردند. از سوی دیگر، وِرلا و همکاران (۲۰۲۶) بر اهمیت مراقبت داد که آثار مداخله در مورد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تا حد زیادی حفظ شده است.

روان‌شناختی یکپارچه و استفاده از رویکردهایی مانند ACTدر مراقبت از افراد دارای بیماری‌های قلبی ارثی تأکید کرده‌اند. همسویی این سه مطالعه با یافته حاضر را می‌توان بر اساس سازوکار ACT تبیین کرد؛ زیرا در بیماران دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی، مشاهده بیماری یا مرگ قلبی در اعضای خانواده می‌تواند موجب افزایش حساسیت نسبت به نشانه‌های بدنی و شکل‌گیری افکار فاجعه‌آمیز درباره احتمال وقوع یک حادثه مشابه شود. بیمار ممکن است تپش قلب، دردهای خفیف قفسه سینه یا تغییرات طبیعی ضربان قلب را به‌عنوان نشانه قطعی یک حادثه قلبی تفسیر کند و در نتیجه، با افزایش پایش بدنی، نگرانی و اجتناب، چرخه اضطراب را تشدید نماید ACT .به جای تلاش برای حذف مستقیم این افکار، به بیمار می‌آموزد که افکار تهدیدکننده را صرفاً به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند و از طریق پذیرش و ناهمجوشی شناختی، فاصله‌ای روان‌شناختی میان خود و این افکار ایجاد کند. در نتیجه، کاهش درگیری با افکار فاجعه‌آمیز، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش توانایی تحمل احساسات ناخوشایند می‌تواند موجب کاهش تمرکز افراطی بر علائم قلبی و در نهایت کاهش اضطراب قلبی شود.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش شد و این افزایش در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی باقی ماند. این یافته با نتایج پژوهش اسپاتولا و همکاران (۲۰۲۵) همسو است که در بیماران شرکت‌کننده در برنامه بازتوانی قلبی نشان دادند فرایندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارند و به‌ویژه اقدام مبتنی بر ارزش‌ها در طول زمان با پیامدهای روان‌شناختی بهتر همراه است. همچنین، یافته حاضر با پژوهش موران و همکاران (۲۰۲۲) همسو است که در طراحی مداخله ACT برای بزرگسالان مبتلا به بیماری

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

قلبی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتارهای خودمدیریتی را به‌عنوان پیامدهای مهم مداخله مورد توجه قرار دادند. افزون بر این، نتایج پژوهش گوما عبدالراشید و همکاران (۲۰۲۶) نیز بر اهمیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری جسمانی تأکید دارد. این همسویی را می‌توان با ماهیت فرایندمحور ACT تبیین کرد؛ زیرا هدف این رویکرد حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند نیست، بلکه افزایش توانایی فرد برای تجربه آن‌ها بدون گرفتار شدن در آن‌ها و در عین حال ادامه رفتارهای هماهنگ با ارزش‌های شخصی است. بیماران دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی ممکن است به دلیل نگرانی از تکرار تجربه بیماری در خانواده، بخش قابل توجهی از توجه خود را معطوف به گذشته یا آینده کنند و از فعالیت‌هایی که احتمال می‌دهند برای سلامت قلبی آنان خطرناک باشد اجتناب نمایند. تمرین‌های پذیرش، تماس با لحظه حال، ناهمجوشی شناختی و ذهن‌آگاهی به بیمار کمک می‌کند افکار و احساسات مرتبط با بیماری را بدون قضاوت مشاهده کند و در عین حال، زندگی خود را صرفاً بر اساس ترس از بیماری سازمان ندهد. همچنین، شناسایی ارزش‌ها و تبدیل آن‌ها به اهداف عملی و اقدام متعهدانه، بیمار را قادر می‌سازد با وجود نگرانی‌ها و محدودیت‌های جسمانی، در فعالیت‌های معنادار زندگی مشارکت کند. از این منظر، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از تغییر در رابطه بیمار با تجربه بیماری، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش توانایی انتخاب رفتار بر اساس ارزش‌ها، به جای انتخاب رفتار بر اساس ترس و اضطراب، باشد. شواهد پژوهش اسپاتولا و همکاران نیز با نشان دادن ارتباط فرایندهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی، از این تبیین حمایت می‌کند.

با وجود نتایج به‌دست‌آمده، تفسیر یافته‌های این پژوهش باید با توجه به برخی محدودیت‌ها انجام گیرد. نخست، حجم نمونه پژوهش محدود به ۳۰ بیمار بود و نمونه‌گیری نیز به شیوه در دسترس انجام شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، به‌ویژه بیمارانی با ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی متفاوت، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی و تفاوت افراد در ادراک و گزارش نشانه‌های روان‌شناختی قرار دهد. از سوی دیگر، برخی متغیرهای مداخله‌گر از جمله شدت بیماری و وضعیت بالینی بیماران، میزان حمایت اجتماعی، پایبندی به توصیه‌های پزشکی، رژیم غذایی و میزان فعالیت جسمانی به‌طور کامل کنترل نشدند و این عوامل ممکن است در تغییرات مشاهده‌شده نقش داشته باشند. افزون بر این، مدت زمان پیگیری در پژوهش حاضر محدود بود و ازاین‌رو، درباره تداوم بلندمدت آثار درمان نمی‌توان با قطعیت اظهارنظر کرد.

با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بیشتر و در مراکز درمانی متعدد انجام شوند تا امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها افزایش یابد. همچنین استفاده هم‌زمان از ابزارهای خودگزارش‌دهی و شاخص‌های عینی فیزیولوژیک، از جمله تغییرات ضربان قلب، فشار خون و شاخص‌های مرتبط با پاسخ استرس، می‌تواند ارزیابی دقیق‌تری از آثار مداخله فراهم کند. انجام مطالعات با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر، مانند شش ماه و یک سال، نیز می‌تواند به روشن شدن پایداری اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک کند. مقایسه این رویکرد با سایر مداخلات روان‌شناختی مورد استفاده در بیماران قلبی، از جمله درمان شناختی ـ رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر شفقت، می‌تواند در تعیین اثربخشی نسبی و سازوکارهای اختصاصی هر یک از این مداخلات مؤثر باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی نقش متغیرهایی مانند حمایت اجتماعی، شدت بیماری، پایبندی به درمان پزشکی و کیفیت روابط خانوادگی به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌گر یا میانجی بررسی شود تا سازوکارهای مؤثر بر پاسخ بیماران به مداخلات روان‌شناختی با دقت بیشتری تبیین گردد. از نظر کاربردی نیز، با توجه به تأثیر اضطراب و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

بر سازگاری بیماران با بیماری قلبی، می‌توان از مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از اجزای مکمل برنامه‌های بازتوانی قلبی استفاده کرد. آموزش اصول اولیه این رویکرد به روان‌شناسان، مشاوران و اعضای تیم درمان می‌تواند زمینه شناسایی و مدیریت به‌موقع مشکلات روان‌شناختی بیماران را فراهم سازد و ادغام مداخلات روان‌شناختی با مراقبت‌های پزشکی را تقویت کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی مؤثر باشد و بخش قابل‌توجهی از این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شود. به نظر می‌رسد اثربخشی این مداخله را بتوان تا حدی به تمرکز آن بر پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، کاهش اجتناب تجربه‌ای، فاصله‌گیری از افکار تهدیدآمیز، افزایش تماس با لحظه حال، شناسایی ارزش‌های فردی و تقویت رفتارهای متعهدانه نسبت داد. از این منظر، ACTبه جای تلاش برای حذف مستقیم ترس و اضطراب، به بیماران کمک می‌کند رابطه سازگارانه‌تری با افکار، احساسات و نشانه‌های بدنی مرتبط با بیماری برقرار کنند و با وجود تجربه اضطراب یا نگرانی، رفتارهای همسو با ارزش‌های شخصی خود را ادامه دهند. بنابراین، می‌توان این رویکرد را مداخله‌ای روان‌شناختی با ظرفیت کاربرد به‌عنوان درمان مکمل در کنار مراقبت‌های پزشکی و برنامه‌های بازتوانی قلبی دانست؛ هرچند تأیید قطعی اثربخشی آن و تعیین میزان پایداری آثار درمان، به پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، طراحی‌های کنترل‌شده‌تر و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر نیاز دارد.

سپاس‌گذاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از مدیریت محترم بیمارستان امام حسین(ع) و تمامی مسئولان و کارکنان آن مرکز که با همکاری و مساعدت خود زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند. همچنین از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش که با صرف وقت و همکاری ارزشمند خود در مراحل مختلف مطالعه مشارکت کردند، سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Referrnces

Borghesi, F., & Cipresso, P. (2026). Decades of research on cognitive, affective, behavioral, and psychological flexibility: A scientometric analysis of trends and knowledge clusters toward a shared definition of mental flexibility. Heliyon, 12 (7).

Falahati, F., Jaberi, M., Sharei, A., & Yahyapour, F. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Emotional Inhibition in Girls with Non-Suicidal Self-injury. International Journal of Body, Mind & Culture (2345-5802), 10(4).

Gomaa Abdelrasheed, N. S., Petkov, I., Kaur, H., Sharma, A., Prasad, K. D. V., Nazarova, D., ... & Zwamel, A. H. (2026). Mediating role of self-compassion in the relationship between psychological flexibility and psychological well-being in women with breast cancer. Psychology, Health & Medicine, 31 (2), 330–345.

Habibović, M., Leissner, P., Nyklíček, I., Widdershoven, J., & Olsson, E. (2025). Association between psychological inflexibility, distress and health-related quality of life in people with cardiovascular disease. General Hospital Psychiatry, 92, 95-99.

Helmark, C., Skovbakke, S. J., Ahm, R., Brandes, A., Nielsen, J. C., Frostholm, L., ... & Pedersen, S. S. (2026). Prevention of depression in patients with atrial fibrillation using an online personalized intervention: The HOPE-AF feasibility study. European Journal of Cardiovascular Nursing, zvag125.

Howard, L. R., Earleywine, M., DeCount, T. A., & Forsyth, J. P. (2026). Acceptance and commitment therapy (ACT) for comorbid generalized anxiety disorder and premenstrual dysphoric disorder: A transdiagnostic approach. Clinical Case Studies, 25 (3), 212–230.

Karataş, G., & Tosun, N. (2026). Post-earthquake cardiac anxiety in the elderly. Anatolian Journal of Emergency Medicine, 9 (1), 33–38.

Lambert, J., Dibben, G., van Beurden, S. B., Bollen, J., Dalal, H., Blakemore, A., & Taylor, R. S. (2026). Impact of home-based cardiac rehabilitation in people with heart failure with elevated depressive and anxiety symptoms: A secondary analysis of the REACH-HF randomized trials. European Journal of Cardiovascular Nursing, 25 (1), 186–192.

Lampridou, S., Bolton Saghdaoui, L., Judah, G., Davies, A. H., & Wells, M. (2026). Barriers and facilitators to treatment adherence in patients with peripheral artery disease: A qualitative study of patients with PAD, relatives and healthcare professionals. Patient Preference and Adherence , 588692.

Liu, Y., Wang, X., Li, J., Huang, X., Yu, J., & Chen, M. (2026). Effects of personalized structured telemedicine-based exercise cardiac rehabilitation on health outcomes in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Cardiovascular Nursing , zvaf195.

Maukel, L. M., Coutinho, T., Mulvagh, S., Madan, M., Pacheco, C., Bouchard, K., ... & Tulloch, H. (2026). From challenges to solutions: Patient insights inform psychological intervention design after spontaneous coronary artery dissection. JACC: Advances .

Maukel, L. M., Tulloch, H., & Trudel-Fitzgerald, C. (2026). Affect regulation and cardiac rehabilitation: Common strategies, their impact on cardiovascular health, and opportunities for intervention. Cardiology Clinics, 44 (2), 221–232.

Michelson, A. T., Fulton, D. R., Toro-Salazar, O., Lipsitz, S., & Saleeb, S. F. (2026). Child and caretaker anxiety around pediatric chest pain: A case for cardiac evaluation using a standardized protocol. Pediatric Cardiology , 1–7.

Moran, O., Doyle, J., Giggins, O., McHugh, L., Gould, E., Smith, S., ... & Boyle, G. (2022). Efficacy of a digital acceptance and commitment therapy intervention for the improvement of self-management behaviors and psychological flexibility in adults with cardiac disease: Protocol for a single case

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

experimental design. JMIR Research Protocols, 11(4), e33783.

Ndobo, V., Ndava, A. T., Tsague, H., Owona, A., Nsangou, N., Yon, C. N., ... & Kuate, L. M. (2026, February). Supervised exercise-based cardiac rehabilitation program for lower-limb peripheral arterial disease: Effect on walking capacity, hemodynamic parameters, anxiety, depression, and quality of life in Cameroon. In Annales de Cardiologie et d'Angéiologie, 75 (1), Article 101984. Elsevier Masson.

Ning, M., Chen, Q., Li, Y., & Huang, C. (2026). Psychological flexibility profiles and mental health among university students with left-behind experience: A latent profile analysis. Child Psychiatry & Human Development, 57 (2), 456–466.

Panton, K. R., Bebbington, K., Finlay-Jones, A., Bufacchi, T., Davey, M., Smith, M., & Fried, L. (2026). Acceptance and commitment therapy (ACT) intervention in adolescents with type 1 diabetes: A pilot and feasibility study. Journal of Health Psychology, 31 (1), 416–428.

Polat, E., Çiriş, Ş., Çelikbas, Z., & Chaudhry, A. (2025). Relationship Between Perceived Stress Level, Psychological Flexibility, Depression, and Anxiety in Patients with Acute Myocardial Infarction. Medicina, 61(7), 1139.

Poorshirazi, K., Sharei, A., Salahshouri, A., Shahhouseini, A., & Ilghami Azar, N. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on acceptance and commitment in reducing anxiety and despair of women after divorce. Journal of Applied Family Therapy, 2(3), 617-635.

Sever, S., Harrison, A., & Doherty, P. (2026). Are clinical improvements in anxiety or depression associated with improvement in walking fitness following a cardiac rehabilitation programme? Open Heart, 13 (1), e004051.

Sharei, A., Ebrahimi, M., Ahmadi Ochtapeh, P., Mahdavirad, H., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2023). The Effectiveness of Strength-Based Therapy in Improving Self-Esteem and Reducing Suicidal Thoughts of Women Affected by Domestic Violence in Ardebil. *Preventive Counseling*, *4*(1), 31-44. https://doi.org/10.22098/jpc.2023.12715.1166

Sharei, A., Kamali Dehghan, P., Ahmadi Ochtapeh, P., Dorri, M., & Jamshiddoust Miyanroudi, F. (2024). The Effectiveness of Family Therapy Training on Depression and Mental Health of Adolescents with High-Risk Behaviors. Journal of Family Relations Studies, 4(14), 41-48. https://doi.org/10.22098/jfrs.2023.12790.1116

Spatola, C. A., Rapelli, G., Goodwin, C. L., Cattivelli, R., Pietrabissa, G., Martino, G., & Castelnuovo, G. (2025). Psychological flexibility processes differentially predict anxiety, depression, and well-being throughout cardiac rehabilitation. Journal of Clinical Medicine, 14(14), 4937.

Tamannaiefar, M., Eslami Bidgoli, F., & Daghigh, A. (2026). Mindfulness mediation: Insecure attachment and psychological distress among patients with coronary heart conditions. Western Journal of Nursing Research, 48 (2), 153–161.

Varela, V., Vlachopoulou, M., Miliou, A., Papageorgiou, C., Antonopoulos, A. S., Tsioufis, K., & Vlachopoulos, C. (2026). Integrated psychological care for inherited cardiac conditions: CBT and ACT in multidisciplinary clinical practice. Journal of Health Service Psychology, 1–14.

Yıldırım, O., Batmaz, H., & Türk, N. (2026). Parallel mediation of psychological flexibility and vulnerability between multiple-screen addiction and mental health outcomes in adolescents. BMC Psychology.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2024). The Effectiveness of Strengths-based Psychotherapy in Reducing Anxiety Sensitivity and Panic Attacks in Adolescents with Major Depressive Disorder. Journal of Counseling Research.

Zahrakar, K., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on State-Trait Anxiety and Resilience in female Students with Self-Harming Behaviors. Journal of Applied Psychological Research.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]