

اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی  
 مراجعه کننده به بیمارستان بقیه...

زهره توکلی<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲</sup>، شکوفه رادفر<sup>۳</sup>، فرهاد جومهری<sup>۴</sup>، آرزو خسروی<sup>۵</sup>

## The effectiveness of treatment-based behavior based on acceptance of hidden anxiety, overt anxiety and hypertension in cardiovascular patients referred to the rest of the Baqiyatallah Hospital

Zohreh Tavakoli<sup>1</sup>, Biyuk Tajeri<sup>2</sup>, Shokoofeh Radfar<sup>3</sup>, Farhad Jomehri<sup>4</sup>, Arezoo Khosravi<sup>5</sup>

### چکیده

**زمینه:** مطالعات متعددی به اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و بررسی اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی پرداخته اند. اما پژوهش که به بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی پرداخته باشد مغفول مانده است. **هدف:** بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی بود. **روش:** مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران قلبی - عروقی مراجعه کننده به بیمارستان بقیه... در شهر تهران طی ماه‌های خرداد تا شهریور در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۲۴ بیمار براساس نمونه‌گیری مبتنی برهدف به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۲ نفر) گماشته شدند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته (۱۳۹۸)، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیلبرگ (گراش و لاشن، ۱۹۷۰) و پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فیننس، قادری، داهل، نیگر و اینبرینک، ۲۰۱۹) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر انجام شد. **یافته‌ها:** رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر کاهش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون تأثیر معنادار داشت ( $p < 0/001$ ). نتایج به دست آمده در مرحله پیگیری ثابت بود. **نتیجه گیری:** بیمارانی که در جلسات رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش شرکت کردند میزان اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خونشان کاهش یافت. **واژه کلیدها:** رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، اضطراب آشکار، اضطراب پنهان، فشار خون، بیماران قلبی - عروقی

**Background:** Numerous studies have examined the effectiveness of behavioral therapy based on the acceptance and assessment of anxiety in patients with cardiovascular disease. However, research that has examined the effectiveness of acceptance-based behavior therapy on hidden anxiety, overt anxiety, and hypertension in cardiovascular patients has been neglected. **Aims:** To investigate the effectiveness of acceptance therapy based on acceptance of hidden anxiety, overt anxiety and hypertension in cardiovascular patients. **Method:** The present study was a randomized controlled clinical trial with a pretest-posttest design with a control group with baseline measurement after 3 months of intervention and follow-up. The statistical population included all cardiovascular patients referred to Baqiyatallah Hospital in Tehran from June to September 2017. Twenty-four patients were selected as target samples based on sampling and randomly assigned to two experimental and control groups (12 people). The instruments of this study were researcher-made demographic questionnaire (2019), open and hidden anxiety questionnaire of Spielberger (Gerash and Lashn, 1970) and acceptance and commitment-based behavioral therapy protocol (Finance, Ghaderi, Dahl, Niger and Inibrink, 2019). Data analysis was performed using repeated size analysis of variance. **Results:** Acceptance-based behavioral therapy had a significant effect on reducing hidden anxiety, overt anxiety, and blood pressure ( $p < 0/001$ ). the results obtained in the follow-up phase were constant. **Conclusions:** Patients who attended admission-based behavioral therapy sessions had reduced levels of hidden anxiety, overt anxiety, and high blood pressure. **Key Words:** Acceptance-based behavior therapy, obvious anxiety, hidden anxiety, blood pressure, cardiovascular patients

Corresponding Author: btajeri@yahoo.com

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد مرکز بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student Health Psychology, Department of Psychology, Kish International Center Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)، انستیتو سبک زندگی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تهران، ایران

<sup>۳</sup> Assistant Professor, Baqiyatallah Al-Azam University of Medical Sciences, Lifestyle Institute International Care Center, Tehran, Iran

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

<sup>۵</sup> دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم (عج)، تهران، ایران

<sup>۵</sup> Associate Professor, Baqiyatallah Al-Azam University of Medical Sciences, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۳/۲۹

دریافت: ۹۹/۰۳/۰۱

## مقدمه

انجام گرفته، اضطراب می‌باشد (مکی، گیورگی، ۲۰۱۶). اضطراب، خشم و خصومت ممکن است در ایجاد و استمرار فشار خون نقش اساسی داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که فشار خون به هنگام اضطراب و عصبانیت بیشتر افزایش پیدا می‌کند تا در هنگام آرامش و خوشی (سمعی، علیمردی، صادقی، ۱۳۹۱)، متخصصان قلب و عروق از بیماران قلبی و عروقی می‌خواهند زمانی که مشکلی پیش می‌آید سعی کنند آرامش خود را حفظ کنند اما در این توصیه خطری نهفته است امکان دارد افراد آموزش ندیده در راه تلاش برای ایجاد آرامش، به جای کاهش فشار خون، موجب افزایش آن شوند. به دلیل وجود رابطه بین فشار خون بالا با میزان اضطراب و استرس که افراد دچار آن می‌شوند، پژوهشگران امکان استفاده از روش‌های مهار استرس در درمان فشار خون بالا را بررسی کرده‌اند (علیخواه، کوشان، ۱۳۹۸).

فشار خون بالا از جمله بیماری‌های شایع، مزمن، عودکننده و زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها و سومین عامل خطر در مثلث مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی - عروقی در کنار بالا بودن LDL-c و سیگار عنوان شده است (وریت، مسنی، گل، ۲۰۱۸). فشار خون بالا یک عامل خطر مهم برای بیماری‌های عروق کرونری، سکته مغزی و بیماری‌های کلیوی بشمار می‌رود و در بیشتر مواقع پیشگیری و کنترل فشار خون یکی از مؤثرترین استراتژی‌ها برای کاهش فشار روانی این بیماری می‌باشد (بفرد، ۲۰۱۶). تغییرات سبک زندگی (که بطور رسمی و حرفه‌ای درمان غیر دارویی نامیده می‌شوند) را به عنوان اولین قدم در الگوریتم درمان پر فشاری خون مطرح شده است. چندین عامل خطر ساز شناخته شده همراه با بروز پر فشاری خون وجود دارند که عبارتند از: جنس، وراثت، چاقی، عوامل اجتماعی فرهنگی، و شخصیت به علاوه اضطراب، خشم و افسردگی از اولین عوامل روانشناختی هستند که در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته‌اند (رودریگز - یتوربه، پونس، جوهنسون، ۲۰۱۷). تجارب هیجانی نظیر شادی، اضطراب و خشم منجر به تغییر در فشار خون می‌شوند (حسینی و رضایی جمالی، ۱۳۹۳).

همچنین از درمان‌هایی که در دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است، رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش<sup>۷</sup> می‌باشد که در درمان چاقی و افسردگی و اضطراب اثربخش گزارش شده‌اند (رحمانی،

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، در چند دهه گذشته، مهمترین عامل مرگ و میر در گروه‌های مختلف سنی در کشورهای جهان، بخصوص در کشورهای در حال توسعه، ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی بوده است (کاپتوگه، پنلس، ده باکفور، کونیه، ۲۰۱۹). و به عنوان یک مانع برای رشد انسان معرفی شده است (متسیون، یاتسیوا، ایزو، یاماسینا و اوتا، ۲۰۱۷؛ به نقل از نکونام، اعتمادی و پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۷). با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم از لحاظ جسمانی و تغذیه در سرتاسر جهان طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ بیماری عروق کرونر قلبی نه تنها عامل اصلی مرگ و میر خواهد بود بلکه عامل ناتوانی بشر نیز خواهند بود (مایوسی، کوپیدو، لاورنسون، ۲۰۲۰). بیماری عروق کرونر قلبی زودرس (CHD)<sup>۲</sup> حالتی پیشرونده و تدریجی است که ممکن است سال‌ها بدون علامت باشد، علائم نهایی این بیماری می‌تواند شامل ایسکمی میوکارد<sup>۳</sup>، تأمین ناکافی اکسیژن قلب (آنژین صدری)<sup>۴</sup> درد قفسه سینه (انفارکتوس میوکارد<sup>۵</sup>) مرگ عضله قلب (و بی‌نظمی‌های ضربان قلب<sup>۶</sup> باشد (هینکل، لیمان، وهیتنی، ۲۰۲۰). عوامل خطر ساز و تشدید کننده بیماری کرونری قلب به عوامل سنتی غیرقابل تغییر (سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (فشار خون بالا، سیگار، چاقی و اضطراب) و عوامل روانی - اجتماعی تقسیم شده‌اند. پیشگیری مقدماتی بر ایجاد و حفظ شرایطی می‌پردازد که ظهور عوامل خطر بیماری را به حداقل می‌رساند (اورنگ، مظلوم، حجازی، ۱۳۹۶). رفتارهای سلامت یا عوامل مربوط به سبک زندگی مردم از اهداف مداخله کلیدی و مهم در پیشگیری مقدماتی محسوب می‌شوند (ابراهیم‌پور، اسماعیلی، دهقان‌نیری، ۱۳۹۷). بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران شایع و از علل مهم مرگ و میر می‌باشد (قضاوی، رحیمی، اسفندیاری، شاکریان، ۱۳۹۷).

یکی از عواملی که به عنوان پیش‌بینی کننده بیماری‌های قلبی - عروقی و فشار خون مطرح شده است و مطالعات زیادی در مورد آن

1. World Health Organization

2. coronary heart disease

3. ischemic myocardium

4. angina pectoris

5. Myocardial infarction

6. arrhythmia

7. acceptance-based behavior therapy

پیشانی روانشناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی به این نتیجه دست یافتند که، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیشانی روانشناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و متابعت درمانی تفاوت معنادار جود دارد. برادران، زارع، علی‌پور و فرزاد (۱۳۹۵) با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی که از مطالعات آزمایشی بود و بر روی ۳۹ بیمار مبتلا به فشارخون در بیمارستان ولی عصر شهر رشت انجام شد دریافتند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میانگین اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی به طور معناداری پایین‌تر و امید بالاتری داشتند. همچنین درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی تأثیر بیشتری در کاهش مؤلفه های اضطراب و فشار روانشناختی و افزایش بیشتری در امید داشت. پژوهشگران با بررسی پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور دریافتند که پژوهشی که به بررسی تأثیر رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی پرداخته باشد مغفول مانده است بنابراین این هدف از انجام این پژوهش پاسخ‌گویی به این سؤال بود، آیا رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی تأثیر دارد؟

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه کننده به بیمارستان بقیه... در شهر تهران در ماه‌های خرداد تا شهریور در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری مبتنی برهدف شامل ۲۴ نفر (۱۲ = n برای هر گروه، ۰/۵ = حجم اثر، ۰/۵۰ = a) (استیونس، ۲۰۰۷) (هر گروه ۱۲ نفر؛ گروه آزمایش و گروه کنترل) است. در این پژوهش مداخلات به صورت گروه درمانی انجام گرفت که اندازه مناسب برای این گروه‌ها جهت حداکثر استفاده ۱۵-۶ نفر می‌باشد (کری، ۱۳۹۱). ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرونر قلبی زودرس و فشار خون بالا توسط پزشک متخصص قلب و عروق بر اساس معیارهای

حکم آبادی، ۲۰۱۸). این درمان‌ها یک مداخله رفتاری هستند که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار می‌باشد. تمرینات بصورت تمرکز بر روی افکار و احساسات و ادراک انجام می‌شود (دهلین، ریبرگ، ۲۰۱۷). این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس با تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌آید. در واقع، در رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش افراد یاد می‌گیرند پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن تجربه‌شان گسترش دهند و هشیاری لحظه حاضر را بجای هدایت خودکار ایجاد کنند و شیوه‌های جدید پاسخ دادن به موقعیت‌ها را یاد بگیرند (فورمان، بترین، ۲۰۱۶). (باجاج، روبنس، پنده، ۲۰۱۶) در مطالعه از نوع همبستگی و آزمایشی با هدف بررسی تأثیر واسطه‌گری عزت‌نفس بر ارتباط ذهن آگاهی و اضطراب و افسردگی بر روی نمونه‌ای از ۴۱۷ نفر از دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد نشان دادند که ذهن آگاهی با عزت‌نفس، اضطراب و افسردگی همراه است و ذهن آگاهی تأثیر غیرمستقیم خود را بر اضطراب و افسردگی از طریق عزت‌نفس اعمال می‌کند. (لوکسری، نردی، گوتمن، ۲۰۱۹) در یک مطالعه از نوع کارآزمایی تک مرحله‌ای با یک سال پیگیری بر روی ۵۳ شرکت‌کننده در آمریکا با هدف کاهش فشار خون مبتنی بر ذهن آگاهی دریافتند، تنظیم احساسات (مشکلات در نمره تنظیم هیجان) و خودآگاهی (ارزیابی چندبعدی آگاهی بینایی) و چندین عامل فشار خون بالا در شرکت‌کنندگان که در ابتدای مطالعه از رهنمودهای انجمن قلب آمریکا پیروی نمی‌کردند، بهبود یافته است، از جمله فعالیت بدنی (رویکردهای رژیم برای متوقف کردن رژیم پرفشار خون و مصرف الکل) نیز بهبود یافت.

فرهادی، موحدی و موحدی (۱۳۹۲) در پژوهشی از نوع آزمایشی بر روی ۴۰ مرد مبتلا به بیماری کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدنی شهرستان تبریز با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی با پیگیری دو ماهه دریافتند، اضطراب مبتلایان بعد و دوماه بعد از مداخله کاهش قابل توجهی در مقایسه با قبل از مداخله داشته است. رهنما، سجادیان و رئوفی (۱۳۹۶) در پژوهش نیمه آزمایشی بر روی ۳۰ بیمار کرونر قلبی مراجعه کننده به کلینیک‌های قلب شهر اصفهان با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

1. automatic pilot

و خیلی زیاد ۴. در پاسخ گویی به اضطراب پنهان، آزمودنی‌ها باید گزینه‌ای را که نشان دهنده احساس معمولی و غالب اوقات آنهاست را در مقیاس چهار گزینه‌ای انتخاب کنند، تقریباً هرگز ۱، گاهی اوقات ۲، بیشتر اوقات ۳ و تقریباً همیشه ۴. به هر کدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده، وزنی بین ۱ تا ۴ تخصیص می‌یابد. نمره ۴ نشان دهنده حضور بالایی از اضطراب است. که ده عبارت مقیاس اضطراب آشکار و یازده عبارت مقیاس اضطراب پنهان، بر این اساس نمره‌گذاری می‌شوند. برای نمره‌گذاری سایر عبارات رتبه بالا برای هر عبارت، نشان دهنده عدم اضطراب است که ده عبارت اضطراب آشکار و نه عبارت مقیاس اضطراب پنهان را شامل می‌شود. وزن‌های نمره‌گذاری برای عباراتی که عدم حضور اضطراب را نشان می‌دهند، همانند مواردی است که بر روی فرم آزمون سیاه شده است. وزن‌های نمره‌گذاری، برای عباراتی که عدم اضطراب را نشان می‌دهند به صورت معکوس است. به عبارت دیگر متناسب با عبارات، نمرات پاسخ‌ها به جای ۴-۳-۲-۱ به حالت ۱-۲-۳-۴-۳-۲-۱ وزن داده می‌شوند. عبارات ۲-۱۹-۱۶-۱۵-۱۱-۱۰-۸-۱-۲-۵ مقیاس اضطراب آشکار و عبارات ۳۹-۳۶-۳۴-۳۳-۳۰-۲۷-۲۶-۲۳-۲۱ مقیاس اضطراب پنهان. برای به دست آوردن نمره فرد در هر کدام از دو مقیاس با توجه به این نکته که برخی عبارات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه می‌گردد. بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب پنهان و آشکار می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰-۲۰ قرار بگیرد. میزان اضطراب آشکار: خفیف ۳۱-۲۰، متوسط به پایین ۴۲-۳۲، متوسط به بالا ۵۳-۴۳، نسبتاً شدید ۶۴-۵۴، شدید ۷۵-۶۵، بسیار شدید ۷۵-۶۵. میزان اضطراب پنهان: خفیف ۳۱-۲۰، متوسط به پایین ۴۲-۳۲، متوسط به بالا ۵۲-۴۳، نسبتاً شدید ۶۲-۵۳، شدید ۷۲-۶۳ و بسیار شدید ۷۳ به بالا. اسپیل‌برگر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب حالت را ۰.۹۲ و همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب حالت از ۰.۱۶ تا ۰.۸۶ را گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط مهram (۱۳۷۳) هنجاریابی شده که پایایی آن برای اضطراب حالت ۰.۹۲ گزارش شده است (شهامت ده سرخ و صالحی فدردی، ۱۳۹۲). همچنین در مطالعه مقدماتی میزان پایایی آزمون اسپیل‌برگر را به ترتیب ۰.۸۹ و ۰.۹۰ درصد محاسبه کردند (روحی قنبر، رحمانی، عبداللهی و محمودی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های اضطراب

سازمان بهداشت جهانی در بیماران تأیید گردد. دارا بود  $BMI \geq 30$ ، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، داشتن سن بین ۴۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری و ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش، پژوهش حاضر در سامانه کارآزمایی بالینی دانشگاه بقیه‌الله با شماره IRCTID: IRCT ثبت شد و پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.IAU.TMU.REC.1398.055 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز بین‌المللی کیش دریافت کرد. و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد و محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان کتباً اعلام به آزمودنی‌ها شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر<sup>۱</sup> با استفاده از نرم-افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

### ابزار

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: با دلیل تأثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست‌شناختی بر حالات خلقی مددجویان و کیفیت زندگی، پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، درمان‌های انجام شده تا به حال برای کاهش فشار خون و وزن، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار، سابقه بیماری روانی بود. پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر<sup>۲</sup>: در سال ۱۹۷۰ نخستین فرم آزمون توسط اسپیل برگر، گراش و لاشن معرفی شد و در سال ۱۹۸۳ فرم تجدید نظر شده پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اسپیل برگر (فرم Y-1 از STAI) توسط اسپیل برگر، گراش، لاشن، واگ و جاکوبس ارائه شد. این پرسشنامه مناسب نوجوانان و بزرگسالان می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال است کف برای استفاده‌های خود اجرایی طراحی شده است. می‌تواند به دو صورت فردی و گروهی مورد استفاده قرار بگیرد. در پاسخ‌گویی آزمودنی‌ها به مقیاس اضطراب آشکار، تعدادی گزینه برای هر عبارت ارائه شده است که آزمودنی‌ها باید گزینه‌ای را که به بهترین وجه شدت احساس او را بیان می‌کند انتخاب نماید، خیلی کم ۱، کم ۲، زیاد ۳

1. Analysis of variance with repeated measures

2. Spiel Berger's overt and covert anxiety questionnaire

اخلاقی عدالت در پژوهش و همچنین با توجه به اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون شرکت کنندگان گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شرکت کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

آشکار را ۸۴٪ و همچنین ضرایب بازآزمایی مقیاس اضطراب پنهان از ۸۱٪ که سطح مطلوبی می‌باشد به دست آمده است. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه، یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل اصل

جدول ۱. ساختار پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فیننس، قادری، داهل، نیگر و اینبیرنک، ۲۰۱۹)

| جلسات      | اهداف  | محتوای جلسات   | تکالیف  |
|------------|--|--|---|
| جلسه اول   | معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون   | بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد، معرفی درماندگی خلاق، توضیح مفاهیم مربوط به کاهش فشار خون، بررسی نوع خوردن در افراد (طبیعی و یا هیجانی غذا خوردن، آموزش خوردن ذهن آگاه) و معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته و خودکارآمدی پایین (آشنایی با تلاش‌های گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)   | به کارگیری تمرینات و کاربرگ‌های لازم جهت کنترل و کاهش فشار خون، همچنین آموزش روانی درباره ماهیت بیماری قلبی، عوامل زمینه‌ساز، آشکارکننده، تداوم‌بخش و بهبود دهنده آن و بررسی نقش چاقی در این بیماری، سنجش فشارخون |
| جلسه دوم   | تنظیم قرارداد بین بیمار و درمانگر جهت کاهش فشار خون، آشنایی با مفاهیم درمانی (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله: در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. | به بیمار آموخته می‌شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت، ۲) بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد، ۳) به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند، ۴) تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است، ۵) کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) و ۶) ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی | آموزش تکنیک‌های رفتاری مربوط به غذا خوردن متناسب، سنجش فشار خون.  |
| جلسه سوم   | نقد و بررسی تکلیف قبل  | پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود، کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل) (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است)،   | یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق. بررسی رژیم غذایی مناسب برای هر فرد با توجه به شاخص توده بدنی. سنجش فشار خون                                |
| جلسه چهارم | بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون   | ارزیابی عملکرد   | بررسی تکالیف خانگی، تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست، تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها.   |
| جلسه پنجم  | تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری، سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات، ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها.  | ارزیابی عملکرد   | سنجش فشار خون.  |

جدول ۱. ساختار پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فینس، قادری، داهل، نیگر و اینیورینک، ۲۰۱۹)

| جلسات     | اهداف   | محتوای جلسات  | تکالیف  |
|-----------|---|---|---|
| جلسه ششم  | نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد، ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات، تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن، تمرینات مربوط به خودکارآمدی در کاهش خوردن، ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون کنترل قند و خودکارآمدی. | آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند و اینکه این مهارت‌ها چطور کار می‌کنند  | سنجش فشار خون   |
| جلسه هفتم | هدف جلسه کمک به افراد گروه که خود کارآمدی خود را مطابق با ارزش‌های فرد نیست، بشناسد   | فرد باید پیوسته ارزش‌هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آن‌ها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/ تصمیم‌ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش-ها در یک هفته مرور شود.   | شناسایی ارزش‌ها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگ‌تر). کاهش فشار خون، سنجش فشار خون  |
| جلسه هشتم | کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت‌ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش   | دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی‌های فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیت‌های خاص ادامه داد که اهداف و ارزش-های بزرگتر توسط درمانجو مشخص شده است. ارزیابی عمل متعهدانه؛ آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارت‌های آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT و پیام اصلی ACT. ارائه خلاصه‌ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون | ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود؛ ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی. سنجش فشار خون |

## یافته‌ها

در جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای «اضطراب آشکار»، «اضطراب پنهان» و «فشار خون» در حالت پس-آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که می‌تواند حاکی از اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش باشد.

در این پژوهش اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر مؤلفه‌های اضطراب و فشار خون بر ۲۴ بیمار بیماران قلبی - عروقی (۱۲ نفر در گروه کنترل، ۱۲ نفر در گروه آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد. بررسی فراوانی وضعیت تأهل، تحصیلات و درآمد در دو گروه، حاکی از یکسان بودن متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه (آزمون و کنترل) بود.

نتایج جدول ۳ نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود همچنین بین پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمون نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تأیید می‌کند. سایر یافته‌ها

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک

| مؤلفه      | سطوح متغیر | گروه آزمون |      | گروه کنترل |      |
|------------|------------|------------|------|------------|------|
|            |            | فراوانی    | درصد | فراوانی    | درصد |
| وضعیت تأهل | متاهل      | ۱۲         | ۱۰۰  | ۱۲         | ۱۰۰  |
|            | مجرد       | -          | -    | -          | -    |
| تحصیلات    | راهتمایی   | ۱۱         | ۹۱/۷ | ۱۱         | ۹۱/۷ |
|            | متوسطه     | -          | -    | -          | -    |
| درآمد      | دانشگاهی   | ۴          | ۳/۸  | ۴          | ۳/۸  |
|            | متوسط      | ۱۲         | ۱۰۰  | ۱۲         | ۱۰۰  |

این آزمون نشان داد که برای متغیرهای اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون برقرار است ( $P > 0/05$ ). سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون برقرار است ( $P > 0/05$ ). نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

| گروه آزمایش |       | گروه کنترل |       | موقعیت    | متغیر وابسته       |
|-------------|-------|------------|-------|-----------|--------------------|
| آماره       | Sig.  | آماره      | Sig.  |           |                    |
| ۰/۹۸        | ۰/۹۷۷ | ۰/۹۶       | ۰/۷۸۷ | پیش آزمون | اضطراب آشکار       |
| ۰/۹۷        | ۰/۹۱۹ | ۰/۹۳       | ۰/۴۲۷ | پس آزمون  |                    |
| ۰/۹۷        | ۰/۹۱۶ | ۰/۹۴       | ۰/۵۳۳ | پیگیری    |                    |
| ۰/۹۳        | ۰/۳۶۶ | ۰/۹۵       | ۰/۶۸۶ | پیش آزمون | اضطراب پنهان       |
| ۰/۸۸        | ۰/۰۷۷ | ۰/۹۳       | ۰/۳۴۴ | پس آزمون  |                    |
| ۰/۸۵        | ۰/۰۳۴ | ۰/۹۴       | ۰/۴۴۷ | پیگیری    |                    |
| ۰/۹۵        | ۰/۶۸۳ | ۰/۸۸       | ۰/۰۹۵ | پیش آزمون | فشار خون (سیستولی) |
| ۰/۹         | ۰/۱۸  | ۰/۸۱       | ۰/۰۵۱ | پس آزمون  |                    |
| ۰/۹۲        | ۰/۳   | ۰/۸۶       | ۰/۰۶۳ | پیگیری    |                    |

جدول ۵. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

| مؤلفه‌ها           | حالت      | آماره لون | Df1 | Df2 | Sig.  |
|--------------------|-----------|-----------|-----|-----|-------|
| اضطراب آشکار       | پیش آزمون | ۲/۳۶      | ۱   | ۲۲  | ۰/۱۳۸ |
|                    | پس آزمون  | ۳/۸۹      | ۱   | ۲۲  | ۰/۰۶۱ |
|                    | پیگیری    | ۲/۵۵      | ۱   | ۲۲  | ۰/۱۲۴ |
| اضطراب پنهان       | پیش آزمون | ۰/۹۳      | ۱   | ۲۲  | ۰/۳۴۵ |
|                    | پس آزمون  | ۰/۸۲      | ۱   | ۲۲  | ۰/۳۷۴ |
|                    | پیگیری    | ۱/۶۷      | ۱   | ۲۲  | ۰/۲۰۹ |
| فشار خون (سیستولی) | پیش آزمون | ۳/۰۱      | ۱   | ۲۲  | ۰/۰۹۶ |
|                    | پس آزمون  | ۳/۲۵      | ۱   | ۲۲  | ۰/۰۸۵ |
|                    | پیگیری    | ۲/۸۲      | ۱   | ۲۲  | ۰/۱۰۷ |

نتایج آزمون‌های چند متغیری در جدول ۶ نشان داد که رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش در عامل زمان ( $0/813 = \text{مجذور آتا}$ )، ( $F = 45/61, P < 0/001$ ) و اثر تعاملی زمان و گروه ( $0/78 = \text{مجذور آتا}$ )، ( $F = 37/32, P < 0/001$ ) معنی‌دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله مدل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر ابعاد مورد بررسی اثربخش می‌باشد.

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

| متغیر وابسته       | گروه آزمایش |         | گروه کنترل |         |
|--------------------|-------------|---------|------------|---------|
|                    | موقعیت      | میانگین | SD         | میانگین |
| اضطراب آشکار       | پیش آزمون   | ۵۷/۷۴   | ۱/۵۴       | ۵۷/۶۶   |
|                    | پس آزمون    | ۳۰/۸۰   | ۲/۵۲       | ۵۵/۴۰   |
|                    | پیگیری      | ۴۰/۱۴   | ۴/۱۵       | ۶۰/۹۱   |
| اضطراب پنهان       | پیش آزمون   | ۵۷/۷۷   | ۰/۱۷       | ۵۶/۹۲   |
|                    | پس آزمون    | ۳۵/۸۷   | ۰/۳۶       | ۵۶/۷۰   |
|                    | پیگیری      | ۴۵/۴۰   | ۰/۴۱       | ۵۶/۸۲   |
| فشار خون (سیستولی) | پیش آزمون   | ۱۳۷/۰۵  | ۲/۹        | ۱۳۶/۲۳  |
|                    | پس آزمون    | ۱۱۹/۳۷  | ۲/۰۱       | ۱۳۷/۶۵  |
|                    | پیگیری      | ۱۲۰/۸   | ۱/۹۴       | ۱۳۶/۴۲  |

قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلکس بررسی شد (جدول ۴).

نتایج آزمون شاپیرو ویلکس در جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ( $P > 0/05$ ).

نتایج جدول ۳ نشانگر همگن بودن دو گروه در مرحله پیش آزمون می‌باشد و همچنین یافته‌ها در جدول ۴ نشان داد متغیرهای وابسته از توزیع نرمال برخوردار هستند بنابراین جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

ابتدا پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام‌باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ( $P < 0/001$ )، ( $F_{6, 350, 6/7} = 5/458, \text{BoxM} = 38/499$ ) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موجلی برای همه‌ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج



جدول ۶. نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش

| منبع تغییرات واریانس | آزمون             | مقدار | F     | درجه آزادی خطا | Sig   | مجذور اتا |
|----------------------|-------------------|-------|-------|----------------|-------|-----------|
| زمان                 | اثربیلابی         | ۰/۸۱  | ۴۵/۶۱ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۳     |
|                      | لامبدای ویلکز     | ۰/۱۹  | ۴۵/۶۱ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۳     |
|                      | اثر هاتلینگ       | ۴/۳۴  | ۴۵/۶۱ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۳     |
| زمان × گروه          | بزرگترین ریشه روی | ۴/۳۴  | ۴۵/۶۱ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۳     |
|                      | اثربیلابی         | ۰/۷۸  | ۳۷/۳۲ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸      |
|                      | لامبدای ویلکز     | ۰/۲۲  | ۳۷/۳۲ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸      |
|                      | اثر هاتلینگ       | ۳/۵۵  | ۳۷/۳۲ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸      |
|                      | بزرگترین ریشه روی | ۳/۵۵  | ۳۷/۳۲ | ۲۱             | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۸      |

جدول ۷. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون گروهی و بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر وابسته | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذور | F      | Sig   | مجذور اتا |
|--------------|--------------|---------------|----|---------------|--------|-------|-----------|
| اضطراب آشکار | گروه         | ۴۱۰۱/۰۳       | ۱  | ۴۱۰۱/۰۳       | ۷۸۱۶/۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۹۷     |
|              | زمان         | ۲۵۵۹/۰۷       | ۲  | ۱۲۷۹/۵۳       | ۴۳/۱۶  | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۲     |
|              | زمان × گروه  | ۲۱۱۸/۶۸       | ۲  | ۱۰۵۹/۳۴       | ۳۵/۷۳  | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۹     |
| اضطراب پنهان | گروه         | ۵۴۱۶/۲۱       | ۱  | ۵۴۱۶/۲۱       | ۸۳۲۷/۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۲۳     |
|              | زمان         | ۱۴۷۶/۱۷       | ۲  | ۷۳۸/۰۸        | ۷۴۵۱/۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۳     |
|              | زمان × گروه  | ۱۴۱۹/۹۷       | ۲  | ۷۰۹/۹۸        | ۷۱۶۸/۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۶     |
| فشار خون     | گروه         | ۱۲۴۰/۳۹       | ۱  | ۱۲۴۰/۳۹       | ۳۰۸۳/۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۱     |
|              | زمان         | ۱۰۴۱/۶۶       | ۲  | ۵۲۰/۸۳        | ۲۵/۳۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳۵     |
|              | زمان × گروه  | ۱۲۸۰/۰۳       | ۲  | ۶۴۰/۰۱        | ۳۱/۱۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۸۶     |

نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول ۷ نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر اضطراب آشکار ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب پنهان ( $F = ۷۸۱۶/۸$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) و فشار خون ( $F = ۳۰۸۳/۴$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب آشکار ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب پنهان ( $F = ۴۳/۱۶$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) و فشار خون

نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول ۷ نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر اضطراب آشکار ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب پنهان ( $F = ۷۸۱۶/۸$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) و فشار خون ( $F = ۳۰۸۳/۴$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب آشکار ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اضطراب پنهان ( $F = ۴۳/۱۶$ ،  $P < ۰/۰۰۱$ ) و فشار خون

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش در طی زمان

| مقایسه               | اضطراب آشکار   |                | اضطراب پنهان |                | فشار خون       |       |
|----------------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|-------|
|                      | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | Sig.         | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | Sig.  |
| پیش آزمون - پس آزمون | ۱۴/۶۰          | ۱/۴۹           | ۰/۰۰۱        | ۱۱/۰۶          | ۰/۰۸۱          | ۰/۰۰۱ |
| پس آزمون - پیگیری    | ۴/۴۲           | ۱/۶۲           | ۰/۰۰۱        | ۴/۸۲           | ۰/۰۹۱          | ۰/۹۳  |
| پیش آزمون - پیگیری   | ۷/۱۷           | ۱/۵۹           | ۰/۰۰۱        | ۶/۲۳           | ۰/۰۹۹          | ۰/۰۰۱ |

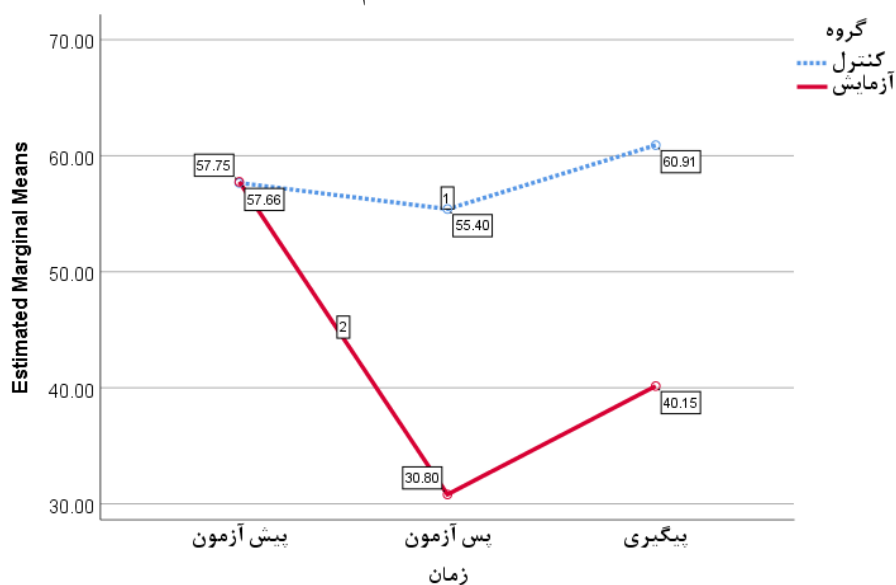
پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۸ گزارش شده است

پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۸ گزارش شده است

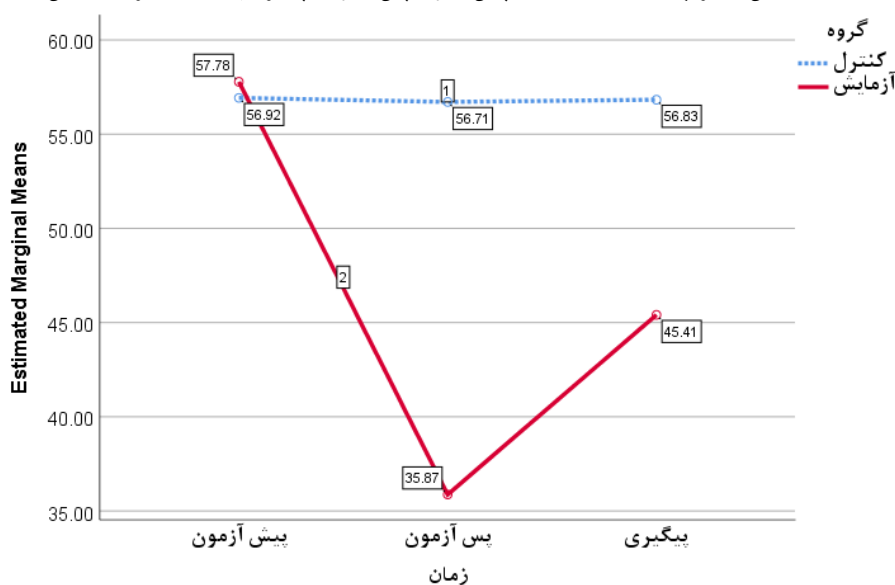


۲) توجه کنیم متوجه می شویم در موقعیت پیگیری، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان اندکی افزایش یافته اند بنابراین ثبات مداخله برای این دو متغیر مورد تأیید قرار نمی گیرد. در مورد متغیر فشار خون بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P > 0/05$ ) در نتیجه ثبات مداخله برای فشار خون بیماران مورد تأیید قرار می گیرد. در نگاره‌های (۱، ۲ و ۳) میانگین متغیرهای اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون بصورت نمودار ترسیم شده است.

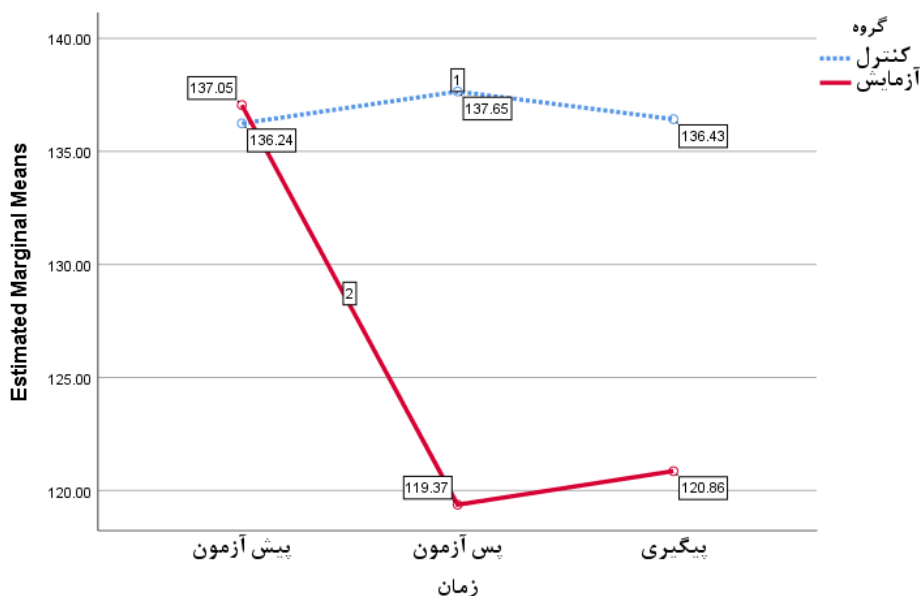
یافته ها در جدول ۸ نشان می دهد بین پیش آزمون - پس آزمون در سه متغیر اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشار خون تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تأیید قرار می گیرد. همچنین بین پیش آزمون - پیگیری نیز در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تأیید قرار می گیرد. بین پس آزمون و پیگیری در دو متغیر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ) چنانچه به نمودار تغییرات میانگین در نگاره‌های (۱ و



نگاره ۱. مقایسه میانگین اضطراب آشکار در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل



نگاره ۲. مقایسه میانگین اضطراب پنهان در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل



نگاره ۳. مقایسه میانگین فشار خون در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

به عملکردی دشوار پیدا می‌کند. اما انسان قادر است تا بر اضطراب کاملاً تسلط داشته باشد و آن را تحت کنترل درآورد به نحوی که بتواند با آن روبرو شده و بر تجربیات ایجاد کننده اضطراب چیره گردد (قضاوی، رحیمی، اسفندیاری، شاکریان، ۱۳۹۷). هدف ابتدایی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش آماده کردن بیماران با آموزش تکنیک‌های مراقبه به منظور پرورش و رشد کیفیت ذهن آگاهی می‌باشد. بنابراین، تمرکز اصلی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش آموزش تکنیک‌های مراقبه مختلف به شرکت کنندگان است که به گسترش ذهن آگاهی منجر می‌شود. اگر چه این تکنیک‌های ذهن آگاهی مختلف تا حدی در روش با هم متفاوتند، اما آنها هدف مشابهی در آگاه‌تر شدن از افکار و احساسات و تغییر دادن ارتباطشان با آنها دارند. مراقبه ذهن آگاهی به منظور گسترش این دیدگاه بکار برده می‌شود که افکار و احساسات را بعنوان اتفاقات ذهنی و نه بعنوان جنبه‌هایی از خود یا بازتاب درستی از واقعیت در نظر بگیرند. در اوایل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش توسط کابات - زین به صورت گسترده‌ای برنامه‌های مراقبه ذهن آگاهی را ارزیابی و ساختار یافته کرد. رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش با استفاده از تکنیک‌های مراقبه درون‌بینی بودایی ابتدا در حوزه‌های پزشکی رشد کرد و در ادامه به حوزه‌های عمومی و روانشناختی کشیده شد (کابات - زین، ۲۰۰۵). در فرآیند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌گردد. فرآیند درمان

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی بود. نتایج این پژوهش با نتایج (باجاج و همکاران، ۲۰۱۶، لوکسری و همکاران، ۲۰۱۹، فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲، رهنما و همکاران، ۱۳۹۶ و برادران و همکاران، ۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، اضطراب<sup>۱</sup> بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی عصر حاضر می‌باشد که همیشه وجود داشته و متعلق به عنصر و یا فرهنگ ویژه‌ای نیست. اضطراب، جسم فرد، درک از خود و ارتباط با دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اضطراب به صورت حسی وسیع و عمیق درک می‌گردد که ماهیت مبهمی داشته و با احساس عدم اطمینان، عدم اعتماد و ناامیدی همراه است. ادراکاتی مانند محدودیت، بیگانگی و ناامنی نیز وجود دارند و فرد احساس می‌کند که هسته شخصیتی‌اش مورد تهدید قرار گرفته است (سیلورمن، هرزوگ، سیلورمن، ۲۰۱۹). افراد مضطرب افرادی هستند که در رفتار خود انعطاف‌ناپذیرند، احساس مسئولیت نمی‌کنند و هویت شکست دارند و همچنین از رویارویی با واقعیت‌های زندگی، ناراحت، مضطرب و اندوهگین می‌شوند. اضطراب ممکن است توانایی فرد را جهت تمرکز، افزایش و یا کاهش دهد. اضطراب نوعی دلواپسی یا بی‌ثباتی است و زمانی رخ می‌دهد که فرد با تغییری مواجه شود یا نیاز

<sup>۱</sup>. Anxiety

دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۲ (۲)، ۱۸-۴.

اورنگ، زهرا؛ مظلوم، زهره و حجازی، نجمه (۱۳۹۶). سوء تغذیه و شاخص های تن سنجی در سالمندان مبتلا به بیماری های قلبی - عروقی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۱ (۶)، ۵۴-۴۶.

برادران، مجید؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد و فرزادف ولی الله (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴ (۳۲)، ۹۵-۱۰۵.

حسنی، جعفر و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۳). تأثیر القای تجارب هیجانی در واکنش های قلبی و عروقی نوجوانان با نگاه به ابعاد اضطراب رگه / حالت. *مجله علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۳ (۵۱)، ۳۷۶-۳۹۹.

حیدریان، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و فتحی، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر استرس ادراک شده و فشار خون بیماران مبتلا به فشار خون اولیه. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۰ (۵)، ۶۸۰-۶۶۹.

روحی، قنبر؛ رحمانی، حسین؛ عبداللهی، علی اکبر و محمودی، غلامرضا (۱۳۹۴). تأثیر موسیقی بر میزان اضطراب و برخی از متغیرهای فیزیولوژیک بیماران قبل از عمل جراحی شکم. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۷ (۱)، ۷۸-۷.

رهنما، مارال؛ سجادیان، ایلناز و رئوفی، امیر (۱۳۹۶). هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. *نشریه روان پرستاری*، ۵ (۴)، ۴۲-۳۴.

سمعی سبینی، فاطمه؛ علیمرادی، زینب و صادقی، طاهره (۱۳۹۱). تأثیر آموزش اصلاح سبک زندگی در کنترل اضطراب، استرس و افسردگی مبتلایان به پرفشاری خون. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۹ (۶)، ۹-۱.

شهامت دهرسرخ، فاطمه و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۲). سوگیری توجه در اضطراب حالت، صفت: پارادایم ردیابی نقطه. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۸ (۲۹)، ۱۹۴-۱۸۱.

علیخواه، لیلا؛ کوشان، محسن؛ تدین فر، موسی الرضا؛ اکرمی، رحیم؛ حشمتی فر، نرجس و رستاقی، صدیقه (۱۳۹۸). بررسی تأثیر مداخله پرستاری مراقبت حمایتی بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر در بدو ورود به بخش مراقبت های ویژه قلبی. *مجله حیات*، ۲۵ (۱)، ۹۵-۱۰۵.

فرهادی، علی؛ موحدی، معصومه و موحدی، یزدان (۱۳۹۲). اثربخشی

تعهد و پذیرش بر افراد کمک می نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه های مناسب با موقعیت است. در حوزه هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می باشد، بر تغییر متمرکز است و در حوزه هایی که تغییر امکان پذیر نیست نظیر فشار خون، بر پذیرش و تمرین های ذهن آگاهی تمرکز دارد (کاشدان و روتبرگ، ۲۰۱۰؛ به نقل از برادران و همکاران، ۱۳۹۵). هر چه افراد کنترل و تسطشان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آنها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب تری برخوردار می شوند و بر عکس افرادی که از فشار خون ناشی از موقعیت های استرس آفرین زندگی رنج می برند، از آنجا که فاقد مهارت های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می نگرند و همواره نگران ارزیابی های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می باشند. لذا کاهش استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از مهمترین اهداف درمان می باشد (برادران و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش های دیگر، محدودیت هایی داشت. از محدودیت های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت بین رشته ای بودن پژوهش (روانشناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پیشنهاد می شود بیماران مبتلا به بیماری های قلبی - عروقی با فشار خون و وزن بالا غربالگری و شناسایی شوند و درمان های مذکور جهت کنترل موارد ذکر شده انجام گیرد. غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آنها به روانشناس نیز می تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد.

این مقاله بر گرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور واحد مرکز بین المللی کیش می باشد و دارای تأییدیه کمیته اخلاق پزشکی با شماره IR.IAU.TMU.REC.1398.055 می باشد.

#### منابع

ابراهیم پور فاطمه؛ اسماعیلی، مریم و دهقان نیری، ناهید (۱۳۹۷). پیشگیری مقدماتی در بیماری های قلبی - عروقی. *مجله علمی*

- Mayosi, B. M., Cupido, B., & Lawrenson, J. (2020). *Cardiovascular Diseases. In Hunter's Tropical Medicine and Emerging Infectious Diseases (pp. 8-15)*. Content Repository Only.
- Mucci, N., Giorgi, G., De Pasquale Ceratti, S., Fiz-Pérez, J., Mucci, F., & Arcangeli, G. (2016). Anxiety, stress-related factors, and blood pressure in young adults. *Frontiers in psychology, 7*, 1682.
- RAHMANI, S., HOKMABADI, M., REZAPOOR, S., MOSHIRIAN FARAHI, S., HAJI SEYED JAVADI, T., RAZAGHI KASHANI, S. (2018). Examining the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life in primary Infertile Women. *European Online Journal of Natural and Social Sciences, Česká Republika, 7*, mar 2018.
- Rodriguez-Iturbe, B., Pons, H., & Johnson, R. J. (2017). Role of the immune system in hypertension. *Physiological reviews, 97*(3), 1127-1164.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety scale*.
- Spielberger, E.D., Gorusch, R.L. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Ryan, I. (2020). Anxious Generation: a Review of the Relationship between Anxiety Disorders and Cardiovascular Disease in Youth. *Current Epidemiology Reports, 7*, 39-43.
- Silverman, A. L., Herzog, A. A., & Silverman, D. I. (2019). Hearts and minds: stress, anxiety, and depression: unsung risk factors for cardiovascular disease. *Cardiology in review, 27*(4), 202-207.
- Wright, J. M., Musini, V. M., & Gill, R. (2018). First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of systematic reviews, (4)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001841.pub3>
- درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی: با پیگیری دو ماهه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۵(۴)، ۲۹-۲۰.
- قضاوی، ندا؛ رحیمی، ابراهیم، اسفندیاری، زهرا و شاکریان، امیر (۱۳۹۷). مطالعه تحلیلی بررسی اسیدهای چرب اشباع، به عنوان شاخص مهم در بروز بیماری های قلبی عروقی در شیرینی های سنتی ایران. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی* نزد، ۲۶(۹)، ۷۸۳-۷۷۰.
- مرادیان، سید طیب؛ عبادی، عباس؛ سعید، یاسر و آسیایی، مجتبی (۱۳۹۲). اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. *روان پرستاری، ۱*(۲)، ۶۱-۵۴.
- نکونام، آسیه؛ اعتمادی، ثریا و پورنقاش تهرانی، سعید (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجانمدار بر بهبود رضایت جنسی و تندرستی زناشویی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر. *مجله علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷*(۶۵)، ۷۷-۶۱.
- Bajaj, B., Robins, R. W., & Pande, N. (2016). Mediating role of self-esteem on the relationship between mindfulness, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences, 96*, 127-131.
- Bigalke, J. A., Fonkoue, I. T., Greenlund, I. M., & Carter, J. R. (2020). Trait Anxiety and Blood Pressure Reactivity to Mental Stress. *The FASEB Journal, 34*(S1), 1-1.
- Buford, T. W. (2016). Hypertension and aging. *Ageing research reviews, 26*, 96-111.
- Dahlin, M., Ryberg, M., Vernmark, K., Annas, N., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Internet-delivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet interventions, 6*, 16-21.
- Forman, E. M., & Butryn, M. L. (2016). Acceptance-based behavioral treatment for weight loss. *Obesity (Silver Spring), 24*(10), 2050-2056.
- Hinkle Jr, L. E., Lehman, E. W., Whitney, L. H., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., ... & Flehinger, B. (2020). *Occupation, education, and coronary heart disease*. Annals of Internal Medicine.
- Kabat-Zinn, J. (2005). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163-190.
- Kaptoge, S., Pennells, L., De Bacquer, D., Cooney, M. T., Kavousi, M, Stevens, G., ... Amouyel, P. (2019). World Health Organization cardiovascular disease risk charts: revised models to estimate risk in 21 global regions. *The Lancet Global Health, 7*(10), e1332-e1345.
- Loucks, E. B., Nardi, W. R., Gutman, R., Kronish, I. M., Saadeh, F. B., Li, Y., & Britton, W. B. (2019). Mindfulness-Based Blood Pressure Reduction (MB-BP): Stage 1 single-arm clinical trial. *PLoS one, 14*(11), 1-27.