



## The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Disease Perception and Psychological Adaptation of Coronary Artery Disease

Azita Naseri<sup>1</sup>, Biyuk Tajeri<sup>2\*</sup>, Alirerza Mollazadeh<sup>3</sup>

1- PhD Student Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

**Corresponding Author:** Biyuk Tajeri, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Email:** [Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir](mailto:Biuk.tajeri@kiaau.ac.ir)

Received: 2024/09/10

Accepted: 2024/10/5

### Abstract

**Introduction:** Examining the perception of the disease in cardiovascular patients is very important in adapting to the conditions of this disease, so the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on the perception of the disease and psychological adaptation of coronary heart patients.

**Methods:** The present study was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population included all women and men suffering from coronary heart disease who referred to the specialized center of Milad Hospital in Tehran in 2022, and 30 eligible people who volunteered to participate in the research were selected by purposive sampling and randomly divided into two experimental groups (15 people). and witnesses (15 people) were divided. The experimental group received acceptance and commitment therapy in eight 90-minute sessions, but the control group received routine therapy. The data collection tools included Bradbent et al.'s (2006) and Weinberger's (1991) adaptation questionnaires. In order to analyze the data, SPSS version 22 software and variance analysis test with repeated measurement between groups were used.

**Results:** The results showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of disease perception and psychological adaptation in coronary heart patients, and the acceptance and commitment program on improving disease perception and psychological adaptation had a lasting effect in the follow-up period ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The results showed that acceptance and commitment therapy was effective in improving disease perception and psychological adaptation of coronary heart patients. Therefore, health care providers in the field of treatment and counseling of patients with coronary heart disease can use acceptance and commitment therapy as a complementary treatment and an efficient treatment method in improving disease perception and psychological adaptation of coronary heart patients.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Illness perception, Psychological adjustment, Coronary heart patients.



## اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی

آزیتا ناصری<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲\*</sup>، علیرضا ملازاده<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

نویسنده مسئول: بیوک تاجری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: Biuk.tajeri@kiaou.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۰

### چکیده

**مقدمه:** بررسی درک از بیماری در بیماران قلبی عروقی در سازگاری با شرایط این بیماری بسیار مهم است، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما گروه کنترل درمان روتین دریافت کرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) و سازگاری وینبرگر (۱۹۹۱) بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی در بیماران کرونر قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه پذیرش و تعهد بر بهبود ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی موثر بود. بنابراین متصدیان نظام سلامت و بهداشت در حوزه درمان و مشاوره بیماران مبتلا به کرونر قلب، می‌توانند از درمان پذیرش و تعهد، به عنوان یک درمان مکمل و روش درمانی کارآمد در ارتقای ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی استفاده نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** درمان پذیرش و تعهد، ادراک بیماری، سازگاری روانشناختی، بیماران کرونر قلبی.

### مقدمه

کلی مسدود و جریان خون به بخش‌های مختلف قلب به‌صورت موقت یا دائم قطع می‌شود (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی این بیماری در سال ۲۰۲۲ موجب مرگ‌ومیر شانزده و نیم میلیون انسان در جهان شده‌اند و تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۳۰ حدود بیست‌وسه میلیون انسان به خاطر این بیماری‌ها جان خود را از

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر انسان‌ها در جهان هستند (۱). یکی از انواع بیماری‌های قلبی-عروقی، کرونر قلبی است که در آن دیواره یک یا چند شریان کرونر قلب به دلیل رسوب موادی به نام پلاک (مواد چربی یا فیبری) به طور جزئی یا

قبلی در بزرگسالی و مرگ ناشی از آن است، لزوم ارائه مداخلات درمانی به این دسته از بیماران ضروری به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد ازجمله مداخلاتی است که در دهه‌های اخیر توجه محققان را به خود جلب کرده است (۱۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اصول رفتاری ذهن آگاهی و پذیرش را باهم ترکیب می‌کند، در این درمان ذهن آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد و پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) بدون تغییر اجتناب یا کنترل آن‌ها اشاره دارد که درنهایت اصول رفتاری برای شفاف‌سازی ارزش‌های شخصی و انجام اقدامات منتهی به دستیابی به هدف اشاره می‌شود (۱۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری به‌طور مستقیم بر تغییر افکار و احساس‌ها تأکید نمی‌شود بلکه به افراد آموزش داده می‌شود تا آگاه باشند شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت و ارزیابی مشاهده کنند (۱۵)، این شیوه به افراد کمک می‌کند تا 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 (۱۶). در مطالعات تأثیر درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری زنان و مردان مبتلا به بیماری قلبی (۱۷)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی (۱۸)، سازگاری روانی افراد دارای بیماری قلبی عروقی (۱۹)، بر سلامت روان افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی (۲۰)، تاب‌آوری و خودمراقبتی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر (۲۱) تأیید شده است.

بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بیماران قلبی می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روانشناسی بالینی و سلامت باشد. بدیهی است یافته‌های به دست آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران روانشناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر بیماران مزمن در جمعیت ایرانی انجام‌شده و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری مؤثر باشد و با توجه به افزایش روزافزون تعداد افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و نقش مسائل روانی در بهبود این بیماران و با توجه

دست بدهند (۳). رژیم غذایی پرچرب و پرانرژی، استعمال دخانیات و سبک زندگی بی‌تحرک از عوامل افزایش شیوع بیماری‌های عروق کرونر هست (۴). بیماران قلبی مشکلات متعددی نظیر درد قفسه سینه، عدم تحمل فعالیت، تنگی نفس، سازگاری غیر مؤثر با بیماری و مشکلات روانی را تجربه می‌کنند (۵). سازگاری روان‌شناختی را تمایلات انگیزشی، ادراکی، شناختی و عاطفی فرد برای پاسخ‌دهی و رفتارهای مشهود واقعی در پاسخ به شرایط زندگی تعریف می‌کنند (۶). سازگاری روان‌شناختی وضعیتی است که فرد، رفتار خود را از روی عمد تعدیل می‌کند تا بافرهنگ موجود منطبق گردد و شامل مؤلفه‌هایی همچون اتکابه‌نفس، درک ارزش‌های خویشتن، احساس وابستگی، آزادی فردی، تمایلات واپس زده و نشانگان جسمی هست (۷).

از طرفی بررسی درک از بیماری در بیماران قلبی عروقی برای تشخیص و پیش‌بینی پیامدها بسیار مهم است، زیرا درک از بیماری عامل پیش‌بینی کننده‌ای در بهبود عاطفی و عملکردی رفتارهای مرتبط با سلامت و بازتوانی بیماران قلبی هست (۸). درک از بیماری یک موقعیت خاص از بازنامایی شناختی است که می‌تواند نتایج مرتبط با سلامت را در گروه‌های بیمار پیش‌بینی نماید (۹). درک از بیماری شامل مؤلفه‌های شناختی و عاطفی است، درک شناختی به باورهای مربوط به علائم زمان‌بندی پیامدها، کنترل فردی درک شده و کنترل درمان بیماری اشاره دارد؛ و درک عاطفی مربوط به اختلال روان‌شناختی می‌شود و حس شخصی بیمار از بیماری‌اش را نشان می‌دهد و می‌تواند میزان سازگاری او را تعیین کند (۱۰). درک از بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است ماهیت یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند خستگی و ضعف؛ علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری برحسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود (۱۱). وقتی فردی درک مناسب از بیماری خود و علل ایجاد یا تشدید آن داشته باشد، باانگیزه بیشتری در راستای پیروی بهتر و مراقبت دقیق‌تر از خود جهت پیشگیری از بروز یا تشدید علائم و نشانه‌های بیماری گام بردارد (۱۲).

با توجه به اینکه سبک زندگی ناسالم یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی بروز زود هنگام بیماری کرونر

به گسترش درمان‌های روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و عدم پژوهشی مستقیم در زمینه تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روان‌شناختی و با توجه به خدا پژوهشی در این زمینه، مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روان‌شناختی بیماران کرونر قلبی انجام شد و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روان‌شناختی بیماران کرونر قلبی تأثیرگذار است؟

## روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۴۰۱ بودند که تنها سابقه گرفتگی عروق کرونری داشتند و بیمارانی که جراحی قلب بازداشتند را شامل نمی‌شد. از جامعه هدف ۳۰ نفر واجد شرایط که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند (تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۵۰ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند، معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، عدم سابقه سکته قلبی، داشتن تحصیلات دیپلم یا بالاتر، سن بین ۴۰ تا ۷۰ سال، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر و آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت همزمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های زیر بودند:

**پرسش‌نامه ادراک بیماری:** این پرسشنامه ۹ سؤالی توسط بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است و دارای ۹ خرده مقیاس ۱- ادراک از پیامدها ۲- طول مدت بیماری، ۳- کنترل شخصی، ۴- درمان‌پذیری، ۵- شناخت علائم، ۶- نگرانی در مورد بیماری، ۷- قابلیت درک و فهم، ۸- واکنش عاطفی و ۹- جهت‌گیری علی است و هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده‌های هر یک

از خرده مقیاس‌های به‌صورت اختصار درآمده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است، سؤال ۹ (مربوط به علیت در یک مقیاس) درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شود و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد پرسش قرار می‌دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از خرده مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند، هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد، نه خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را موردسنجش قرار می‌دهد. در مطالعه بردبنت و همکاران روایی محتوایی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله ۶ هفته ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۲۲). در پژوهش محمدی و عزیزی، روایی در دو مرحله توسط اساتید صاحب‌نظر در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه ادراک بیماری به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

**پرسشنامه ی سازگاری:** این پرسشنامه دارای ۸۴ سؤال و ده خرده مقیاس همراه با یک مقیاس اعتبار کوتاه هست. این پرسشنامه برای ارزیابی عملکردهای بلندمدت به‌جای علائم کوتاه‌مدت طراحی شده است و برای ارزیابی هر دو جمعیت بالینی و غیر بالینی، دارای اعتبار هست. مقیاس حاضر برای اندازه‌گیری سه سازه‌ی مختلف مشتمل بر پریشانی، خودکنترلی و حالت‌های تدافعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سازه‌ی پریشانی (۲۹ آیتم) به چهار بعد اضطراب، افسردگی، عزت‌نفس پایین و سطح پایین بهزیستی، طبقه‌بندی شده است. مهار (۳۰ آیتم) دارای چهار بعد هست که عبارت‌اند از: سرکوب خشم و پرخاشگری، کنترل تکانه، در نظر گرفتن دیگران و مسئولیت‌پذیری. حالت‌های تدافعی (۲۲ آیتم) نیز به دو بعد دفاع سرکوبگرانه و انکار پریشانی تقسیم می‌گردد. در این مقیاس همچنین سه آیتم نیز برای اعتبار سنجی پاسخ‌ها در نظر گرفته شده است. نمره‌ی بالا در این مقیاس نشانگر سطح بالای سازگاری است. در مطالعه وینبرگر، روایی محتوایی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ برای سازه‌ی پریشانی ۰/۹۱، خودکنترلی ۰/۸۷ و حالت‌های تدافعی ۰/۷۹ می‌باشد (۲۴). در پژوهش حشمتی و همکاران، روایی به روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش شد (۲۵). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پس از تخصیص و قرار گرفتن افراد در گروه آزمایش و کنترل

## آزیتا ناصری و همکاران

سه ماه بعد از پایان جلسات آموزشی و پس از آزمون توسط محقق برگزار شد. پس از پایان دوره پیگیری، به منظور رعایت اصول اخلاقی، سه جلسه درمانی هم برای گروه کنترل در مدت یک هفته انجام شد. روش درمانی به کار گرفته شده بر مبنای پروتکل درمانی پذیرش و تعهد فرمن و هربرت بود (۲۶). خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱ بود.

ابتدا هر دو گروه در زمینه اهداف پژوهش و فعالیت های انجام شده توجیه شدند؛ سپس هر دو گروه فرم رضایت آگاهانه پرسشنامه ادراک بیماری و سازگاری را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان پذیرش و تعهد قرار گرفتند، اما گروه کنترل درمان روتین دریافت کرد. پس از خاتمه جلسات درمانی، پس از آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. دوره پیگیری

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد

| جلسه | شرح مختصر جلسه                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱    | توضیحاتی مقدماتی، مفهوم سازی مشکل، آماده سازی پرستاران و اجرای پیش آزمون و همچنین تهیه فهرست فعالیت لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی                                                                                                                       |
| ۲    | آشنایی با مفاهیم درمانی ACT (انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خود تجسمی، داستان شخصی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه) در شش مرحله                                                                                               |
| ۳    | آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و خردمندانه)                                                                                                                                                                                                                     |
| ۴    | آموزش به پرستاران در مورد این که چه مهارت هایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارت ها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، متمرکز می مانند و این که این مهارت ها چطور کار می کنند.                                                                                      |
| ۵    | ابتدا برافزایش آگاهی روانی تمرکز می شود و سپس در ادامه به افراد نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی شان و ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن ها، آموزش داده می شود.                                                                        |
| ۶    | آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن این که چرا هیجان ها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت)، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته ها، ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر. |
| ۷    | افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه مندی و غیره).                                                                                                                                                                                |
| ۸    | آموزش مهارت های بین فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرات داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس). جمع بندی و اجرای پس آزمون                                                                                                                      |

## یافته ها

در جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی افراد گروه های مورد مطالعه گزارش شده است. نتایج جدول ۲. نشان می دهد که در گروه آزمایش ۶ نفر زن (۴۰ درصد)، و مرد (۶۰ درصد) هستند، اما در گروه کنترل ۵ نفر زن (۳۳/۳ درصد) و ۱۰ نفر مرد (۶۶/۷ درصد) بودند.

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن پرسشنامه ها، رضایت آگاهانه و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. ضمناً این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1401.084 از دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات (کمیته اخلاق در پژوهش) هست. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین گروهی با رعایت پیش فرض های آماری استفاده شد.

جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر | فراوانی گروه پذیرش و تعهد | درصد | فراوانی گروه کنترل | درصد |
|-------|---------------------------|------|--------------------|------|
| جنسیت | زن                        | ۶    | ۵                  | ۳۳.۳ |
|       | مرد                       | ۹    | ۱۰                 | ۶۶.۷ |
| سن    | ۴۰ تا ۵۰ سال              | ۲    | ۳                  | ۲۰   |
|       | ۵۱ تا ۶۰ سال              | ۷    | ۶                  | ۴۰   |
|       | ۶۱ تا ۷۰ سال              | ۶    | ۶                  | ۴۰   |

در جدول ۳. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول ۳. نمرات میانگین نمرات متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در گروه درمان پذیرش و

تعهد نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر یافته است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در گروه‌های پژوهش

| گروه               | متغیر           | پیش‌آزمون |              | پس‌آزمون |              | پیگیری       |
|--------------------|-----------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|
|                    |                 | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار | انحراف معیار |
| کنترل              | ادراک بیماری    | ۶۴.۰۷     | ۷.۴۹         | ۶۳.۶۰    | ۷.۱۰         | ۷.۴۰         |
|                    | تحمل پریشانی    | ۷۵.۶۰     | ۱۱.۲۹        | ۷۴.۰۰    | ۱۱.۷۱        | ۱۳.۹۶        |
|                    | خودکنترلی       | ۷۴.۰۰     | ۱۰.۵۶        | ۷۳.۰۰    | ۱۱.۳۱        | ۱۲.۶۸        |
|                    | حالت‌های تدافعی | ۶۶.۹۳     | ۸.۲۱         | ۶۶.۱۳    | ۹.۱۸         | ۹.۳۶         |
| درمان پذیرش و تعهد | ادراک بیماری    | ۶۳.۴۷     | ۷.۳۱         | ۵۱.۸۷    | ۷.۸۴         | ۶.۳۱         |
|                    | تحمل پریشانی    | ۷۵.۲۰     | ۱۳.۰۰        | ۸۸.۸۰    | ۱۵.۱۹        | ۱۴.۷۳        |
|                    | خودکنترلی       | ۷۳.۰۰     | ۱۱.۱۵        | ۸۶.۶۷    | ۱۳.۵۸        | ۱۱.۹۶        |
|                    | حالت‌های تدافعی | ۶۷.۲۰     | ۹.۷۰         | ۷۳.۳۳    | ۸.۰۹         | ۷.۵۴         |

ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ باشد به طور معمول از آزمون فرض کرویت و در صورت عدم تأیید از آزمون محافظه کارانه گرینهاوس-گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده می‌شود. در این پژوهش نتایج آزمون ماچلی متغیرهای پژوهش برقرار نبود ( $p > 0.05$ ). بنابراین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری برای مقایسه دو گروه در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در سه مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری براساس اصلاح گرینهاوس-گیسر در جدول ۴. گزارش شده است.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی، پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک انجام شد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. نتایج این آزمون نشان داد که تمام متغیرها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها یا برابری کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده شد. اگر معنی‌داری در آزمون کرویت

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری با اصلاح گرینهاوس جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر           | منبع تغییر   | مجموع مجزورات | df   | میانگین مجزورات | F     | سطح معناداری | میزان تأثیر |
|-----------------|--------------|---------------|------|-----------------|-------|--------------|-------------|
| ادراک بیماری    | مراحل        | ۶۹۳.۶۲        | ۱.۸۴ | ۳۷۷.۴۰          | ۱۵.۳۳ | ۰.۰۰۱        | ۰.۳۵        |
|                 | مراحل * گروه | ۵۴۰.۸۷        | ۱.۸۴ | ۲۹۴.۲۹          | ۱۱.۹۵ | ۰.۰۰۱        | ۰.۳۰        |
|                 | گروه‌ها      | ۱۲۵۴.۴۰       | ۱.۰۰ | ۱۲۵۴.۴۰         | ۱۱.۱۳ | ۰.۰۰۱        | ۰.۲۸        |
| تحمل پریشانی    | مراحل        | ۹۲۷.۲۰        | ۱.۷۲ | ۵۳۸.۳۲          | ۷.۹۷  | ۰.۰۰۱        | ۰.۲۲        |
|                 | مراحل * گروه | ۱۲۵۳.۶۰       | ۱.۷۲ | ۷۲۷.۸۲          | ۱۰.۷۷ | ۰.۰۰۱        | ۰.۲۸        |
|                 | گروه‌ها      | ۲۳۱۰.۴۰       | ۱.۰۰ | ۲۳۱۰.۴۰         | ۵.۴۸  | ۰.۰۳         | ۰.۱۶        |
| خودکنترلی       | مراحل        | ۱۰۰۰.۶۹       | ۱.۶۴ | ۶۰۹.۹۱          | ۱۷.۰۲ | ۰.۰۰۱        | ۰.۳۷        |
|                 | مراحل * گروه | ۹۸۲.۶۹        | ۱.۶۴ | ۵۹۸.۹۴          | ۱۶.۷۱ | ۰.۰۰۱        | ۰.۳۷        |
|                 | گروه‌ها      | ۱۵۵۴.۱۸       | ۱.۰۰ | ۱۵۵۴.۱۸         | ۴.۲۳  | ۰.۰۴۶        | ۰.۱۳        |
| حالت‌های تدافعی | مراحل        | ۱۴۴.۰۲        | ۱.۶۳ | ۸۸.۱۹           | ۳.۵۵  | ۰.۰۴۷        | ۰.۱۲        |
|                 | مراحل * گروه | ۲۸۰.۰۲        | ۱.۶۳ | ۱۷۱.۴۸          | ۶.۹۱  | ۰.۰۰۱        | ۰.۲۰        |
|                 | گروه‌ها      | ۶۱۳.۶۱        | ۱.۰۰ | ۶۱۳.۶۱          | ۳.۲۸  | ۰.۰۴۴        | ۰.۱۳        |



## آزیتا ناصری و همکاران

( $P < 0.01$ )؛ به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله از پژوهش در دو گروه معنی دار است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد در کاهش ادراک بیماری و سازگاری بیماران کرونر قلبی مؤثر بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول بالا، تفاوت بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش معنی دار است؛ بنابراین نتایج مقایسه های زوجی میانگین های سه مرحله پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی در جدول ۵. گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول ۴. تفاوت بین نمرات متغیرهای ادراک بیماری ( $P < 0.01$ ) و مؤلفه های سازگاری ( $P < 0.01$ ) در سه مرحله از پژوهش معنی دار است. همچنین میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار به دست آمده است ( $P < 0.05$ ). نتایج نشان می دهد که به ترتیب نزدیک به ۲۸، ۱۶، ۱۳ و ۱۳ درصد از تفاوت های فردی در متغیرهای ادراک بیماری، تحمل پریشانی، خودکنترلی و حالت های تدافعی به تفاوت بین دو گروه مربوط است. علاوه بر این تعامل بین مراحل پژوهش و عضویت گروهی نیز در همه متغیرهای پژوهش معنی دار است

**جدول ۵. مقایسه زوجی میانگین گروه های درمان پذیرش و تعهد و کنترل در سه مرحله پژوهش در متغیرهای ادراک بیماری و سازگاری**

| گروه               | متغیر وابسته    | مرحله              | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معنی داری |
|--------------------|-----------------|--------------------|----------------|----------------|---------------|
| کنترل              | ادراک بیماری    | پیش آزمون-پس آزمون | ۰.۴۷           | ۰.۲۹           | ۰.۳۹          |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱.۰۰           | ۰.۷۴           | ۰.۵۹          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۰.۵۳           | ۰.۸۴           | ۰.۹۹          |
|                    | تحمل پریشانی    | پیش آزمون-پس آزمون | ۱.۶۰           | ۱.۰۹           | ۰.۴۹          |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱.۶۰-          | ۱.۰۹           | ۰.۴۹          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۰.۸۰-          | ۲.۰۲           | ۰.۹۹          |
|                    | خودکنترلی       | پیش آزمون-پس آزمون | ۱.۰۰           | ۰.۵۴           | ۰.۲۵          |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱.۰۰-          | ۲.۰۲           | ۰.۹۹          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۲.۰۰-          | ۲.۳۸           | ۰.۹۹          |
|                    | حالت های تدافعی | پیش آزمون-پس آزمون | ۰.۸۰           | ۰.۸۰           | ۰.۹۹          |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱.۲۷           | ۱.۶۸           | ۰.۹۹          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۰.۴۷           | ۱.۶۷           | ۰.۹۹          |
| درمان پذیرش و تعهد | ادراک بیماری    | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۱.۶۰          | ۲.۴۶           | ۰.۰۰۱         |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱۰.۴۷          | ۲.۶۴           | ۰.۰۰۱         |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۱.۱۳-          | ۱.۹۳           | ۰.۹۹          |
|                    | تحمل پریشانی    | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۳.۶۰-         | ۳.۴۴           | ۰.۰۰۱         |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱۵.۶۰-         | ۴.۱۶           | ۰.۰۱          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۲.۰۰-          | ۲.۷۹           | ۰.۹۹          |
|                    | خودکنترلی       | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۳.۶۷-         | ۱.۹۸           | ۰.۰۰۱         |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۱۴.۲۷-         | ۲.۲۷           | ۰.۰۰۱         |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۰.۶۰-          | ۲.۱۰           | ۰.۹۹          |
|                    | حالت های تدافعی | پیش آزمون-پس آزمون | ۶.۱۳-          | ۱.۹۱           | ۰.۰۲          |
|                    |                 | پیش آزمون-پیگیری   | ۶.۶۷-          | ۲.۲۷           | ۰.۰۳          |
|                    |                 | پس آزمون-پیگیری    | ۰.۵۳-          | ۱.۱۰           | ۰.۹۹          |

کنترل تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی دار نیست ( $p > 0.05$ ).

نتایج جدول ۵. نشان می دهد که تفاوت مرحله پیش آزمون با دو مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه درمان پذیرش و تعهد معنی دار به دست آمده است ( $p < 0.01$ ) اما در گروه

## بحث

بررسی درک از بیماری در بیماران قلبی عروقی در سازگاری با شرایط این بیماری بسیار مهم است، بنابراین مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی انجام شد. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه پذیرش و تعهد بر بهبود ادراک بیماری دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود. یافته به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است، به‌عنوان مثال یافته‌های مطالعه تیموری و همکاران، نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و رفتارهای ارتقاء سلامت تأثیر داشته است و این نتیجه تا پایان دوره پیگیری ماندگار بود (۱۷). یافته‌های پژوهش خسروشاهی و همکاران، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث بهبود در ادراک بیماری می‌شود (۱۸). مطالعه عقلی و فیروزکوهی، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک از بیماری و شدت خستگی در افراد مبتلا به بیماری قلبی مؤثر است (۲۷). مطالعه دیویسون و همکاران، نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش علائم و مشکلات روان‌شناختی در بیماران می‌شود (۲۸). در تبیین یافته فوق می‌تواند گفت نگرشی که یک فرد نسبت به بیماری خود دارد بر سازگاری وی با بیماری اثر دارد. هنگامی که فرد نسبت به بیماری خود تفکرات منفی داشته باشد و آن را غیرقابل کنترل فرض کند، نسبت به بهبودی ناامید خواهد شد. از این رو تمرین‌های ذهن آگاهی یک شیوه تغییر نگرش نسبت به مشکلات به‌ویژه مشکلات لاینحل و اجتناب‌ناپذیر زندگی نظیر ابتلا به یک بیماری مزمن به‌گونه‌ای غیر قضاوتی و همراه با پذیرش است. بر این اساس انتظار می‌رود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییر نگرش فرد مبتلا به بیماری قلبی عروقی نسبت به بیماری‌اش گردیده به افراد کمک کند تا تجربه‌های درونی خود را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و به‌جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی نظیر سلامتی و اموری که برایشان بالاهمیت است بپردازند (۲۹). در تبیینی دیگر می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت به‌گونه‌ای بودن در لحظه حال کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر آن‌ها به افراد کمک می‌کند تا خود را

آسیب‌دیده و یا بدون امید احساس نکنند وزندگی برایشان دارای معنا و ارزش شود و ادراک و نگرش‌ها آن‌ها نسبت به بیماری تغییر کند. در واقع در فرایند این درمان به بیماران آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده‌های یابند به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند رویدادهای درونی را به‌جای کنترل کردن بپذیرند ارزش هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. نتایج نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری سازگاری روانشناختی بیماران کرونر قلبی تفاوت معناداری وجود دارد و برنامه پذیرش و تعهد بر بهبود سازگاری روانشناختی دارای ماندگاری اثر در دوره پیگیری بود. در زمینه یافته به‌دست‌آمده مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است، اما با نتایج مطالعات مشابه و مرتبط در این زمینه همسو است، به‌طور مثال نتایج مطالعه امیری و همکاران، نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری در بیماران قلبی عروقی بود به‌طوری‌که در مرحله پیگیری نیز این تأثیرات پایداری خود را حفظ کرده بود (۱۹). مطالعه تیموری و همکاران، نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش مشکلات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شد (۲۰). مطالعه ژانگ و همکاران، نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودمراقبتی، کاهش علائم روانشناختی و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی مؤثر بود (۳۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد شناخت علت بیماری و پیدایش آگاهی نسبت به مسائل و مفاهیم مرتبط با بیماری باعث درک ماهیت بیماری و انطباق و سازش بهتر با بیماری می‌رود، توجه بیشتر به مسائل روانشناختی در قالب شش ضلعی انعطاف‌پذیری در کنار آموزه‌های مختص بیماری‌های قلبی عروقی می‌تواند بر اجتناب از افکار و موقعیت بیماری و پذیرش بهتر آن تأثیر بگذارد و بیماران را متعهد سازد تا در مسیر ارزش‌های ضروری و موردنیاز خود حرکت نموده و پایش بهتری نسبت به نیازها و وضعیت روانی و جسمی خود داشته باشند (۳۱). همچنین زیستن در زمان حال توجه به خود به‌عنوان زمینه باعث می‌شود فرد ارزیابی بهتری نسبت به نیازهای واقعی روانی و جسمی خود داشته باشد و فعالیت‌های متعهدانه‌ای را در راستای ارزش‌ها و اهداف خود انجام دهد (۳۲). و روی به اعمال مبتنی بر تفکر مستقل و



بیماران مبتلا به کرونری قلب، می‌توانند از درمان پذیرش و تعهد، به عنوان یک درمان مکمل و روش درمانی کارآمد در ارتقای ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونری قلبی استفاده نمایند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر کوتاه بودن دوره پیگیری، استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی و عدم توانایی کنترل بر متغیرهای مداخله‌گری از جمله متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح رفاه اجتماعی و ... می‌توان اشاره نمود. لذا پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها جلسات گروهی پذیرش و تعهد برای بیماران عروق کرونری قلبی برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی بیماران به پرستارها و کادر درمان در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با دیگر رویکردهای درمانی پرداخته شود. در نهایت نتایج به انجام پژوهش در بیماران عروق کرونری سایر شهرها و دیگر بیماران مزمن پرداخته شود.

### سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی زنان و مردان مبتلا به بیماری کرونری قلبی مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی بیمارستان میلاد تهران که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

خودآگاهانه می‌آورند، لذا سازگاری بهتری با بیماری خود به دست می‌آورند. در تبیینی دیگر می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اینکه در طول مداخله از مهارت‌های ذهن آگاهی پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند و نتیجه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی چیزی جز افزایش توانایی بیماران برای ایجاد ارتباط باتجربه‌شان در زمان حال و آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شده باشد. این تجربه در زمان حال به افراد کمک می‌کند تغییرات را آن‌گونه که هست تجربه کنند. نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد در واقع بیماران کرونری قلبی با تکیه بر فن‌های برآمده از این رویکرد درمانی و بهره‌مندی از تاب‌آوری بالا می‌توانند با وجود شرایط سخت محیطی و مشکلات زندگی به رشد طبیعی خود ادامه دهند و به جای اجتناب از مشکلات با اتخاذ راه‌حل‌ها و راهبردهای کارآمد با آن‌ها مواجه شوند و با برقراری تعاملات اجتماعی و ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران کفایت و شایستگی اجتماعی خود را تا سطح قابل توجهی افزایش دهند و سازگار بهتری را با بیماری نشان دهند.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر بهبود ادراک بیماری و سازگاری روانشناختی بیماران کرونری قلبی موثر بود. بنابراین متصدیان نظام سلامت و بهداشت در حوزه درمان و مشاوره

### Reference

1. Aliyari Khanshan Vatan F, Ahadi H, Kalthornia Golkar M, Sedaghat M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion-oriented therapy on physical self-concept and distress tolerance of women with coronary heart disease. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2023;12(9):117-28.
2. Reyes C, Pons NA, Reñones CR, Gallisà JB, Val VA, Tebé C, et al. Association between serum ferritin and acute coronary heart disease: a population-based cohort study. *Atherosclerosis*. 2020;293:69-74. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2019.12.011>
3. Amini M, Zayeri F, Salehi M. Trend analysis of cardiovascular disease mortality, incidence, and mortality-to-incidence ratio: results from global burden of disease study 2017. *BMC public health*. 2021;21:1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10429-0>
4. Ciumărnean L, Milaciu MV, Negrean V, Orășan OH, Vesa SC, Sălăgean O, et al. Cardiovascular risk factors and physical activity for the prevention of cardiovascular diseases in the elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;19(1):207. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010207>
5. Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*: Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.
6. Attaran N, Mohammadi N. The Mediating Role of Self-Esteem in the Relationship Between Attachment Orientations and Psychological Adjustment. *Journal of Developmental Psychol-*

- ogy Iranian Psychologists. 2018;58(15):139-51.
7. Dekker J, de Groot V. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation-an exploration. Disability and rehabilitation. 2018;40(1):116-20. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1247469>
8. Striberger R, Axelsson M, Zarrouk M, Kumlien C. Illness perceptions in patients with peripheral arterial disease: A systematic review of qualitative studies. International journal of nursing studies. 2021;116:103723. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103723>
9. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. BMC psychology. 2014;2:1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-014-0050-3>
10. Najafi Ghezeljeh T, Eydi M, Haghani S. Iless perception of disease in patients with heart failure Admitted to Selected Centers of Iran University of Medical Sciences. Nursing And Midwifery Journal. 2019;17(2):91-101.
11. Joshi S, Dhungana RR, Subba UK. Illness Perception and Depressive Symptoms among Persons with Type 2 Diabetes Mellitus: An Analytical Cross-Sectional Study in Clinical Settings in Nepal. Journal of diabetes research. 2015;2015(1):908374. <https://doi.org/10.1155/2015/908374>
12. Moaddab F, Salari A, Rouhi balasi L, Zaersabet F, Borghei Y, Emami Sigaroudi A, et al. The Association between Illness Perception and Depression in Patients with Coronary Heart Disease Undergoing Percutaneous Coronary Intervention. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2023;22(4):495-506. <https://doi.org/10.32592/JSMJ.22.4.495>
13. Konstantinou P, Ioannou M, Melanthiou D, Georgiou K, Almas I, Gloster AT, et al. The impact of acceptance and commitment therapy (ACT) on quality of life and symptom improvement among chronic health conditions: A systematic review and meta-analysis. Journal of Contextual Behavioral Science. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.08.004>
14. Puolakanaho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS, Hirvonen R, Eklund KM, et al. Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: A randomized controlled trial. Journal of youth and adolescence. 2019;48:287-305. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0973-8>
15. Fang S, Ding D. 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. 2020;16:134-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.005>
16. Hill ML, Schaefer LW, Spencer SD, Masuda A. 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. 2020;16:144-52. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.04.006>
17. Teymoori N, Teymoori S, Bayazi MH. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception and Health Promotion Behaviors of Men and Women with Heart Disease. Journal of Applied Family Therapy. 2022;3(3):35-50. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.3>
18. Khosroshahi H, Mirzaian B, Hasanzadeh R. Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception in Patients with Coronary Heart Disease. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9(0):85-92.
19. Amiri M, Khoshakhlagh H, Sajjadian PS, Rezaei Jamaloei H. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Transdiagnostic Treatment on Psychosocial Adjustment to the Disease and Self-Care in People with Cardiovascular Disease. Journal of Modern Psychological Researches. 2024;19(73):58-72.
20. Teymoori N, Teymoori S, Bayazi M-H. The Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Mental Health of Coronary Heart Diseases: A Pilot Study. Salamati- Ijtimai. 2023;10(1):28-36.
21. Mohamdiheris V, Shakerdolag A, Khademi A, Zeynali A, Safai N. The effect of acceptance and commitment therapy on chronic pain, resilience and self-care in women with coronary artery disease. Cardiovascular Nursing Journal. 2020;9(1):152-63.
22. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2006;60(6):631-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
23. Mohammadi J, Azizi A. Dialectical Behavior Therapy Group on the Perception of the Disease

- and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Ilam University of medical sciences*. 2017; 25(2):18-26. <https://doi.org/10.29252/sjimu.25.2.18>
24. Weinberger D. Social-emotional adjustment in older children and adults: I. Psychometric properties of the Weinberger Adjustment Inventory. Unpublished manuscript, Case Western Reserve University. 1991.
  25. Heshmati R, Naseri E, Parnian Khoy M. The role of Emotional repression and Ego - strength in predicting of smoking and non-smoking in cancer patients. *Health Psychology*. 2019;7(28):7-19.
  26. Herbert JD, Forman EM. The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies. 2011:1-25. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch1>
  27. Aghili M, Firozkohi M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Perceived Stress, Perception of Illness and Severity of Fatigue in People with Heart Disease. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*. 2023;5(1):72-80. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.1.10> <https://doi.org/10.52547/jarac.5.1.87>
  28. Davison TE, Eppingsstall B, Runci S, O'Connor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*. 2017;21(7):766-73. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156051>
  29. Abdollahi SM, Rafiepoor A, Sabet M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health, Hopefulness and Meaningfulness in People with Cardiovascular Disease. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2020;3(1):61-70.
  30. Zhang X, Ma H, Lam CY, Ho GW, Mak YW. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-care, psychological symptoms, and quality of life in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023;29:46-58. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.05.007>
  31. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
  32. Smith SG, Ellison R, Hall L, Clark J, Hartley S, Mason E, et al. Acceptance and Commitment Therapy to support medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: protocol for a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*. 2022;8(1):33. <https://doi.org/10.1186/s40814-022-00985-6>