

اثربخشی رفتاردرمانی متکی به پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون: در بیماران قلبی - عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌ا...

زهرة توکلی^۱، بیوک تاجری^۲، شکوفه رادفر^۳، فرهاد جمهری^۴، آرزو خسروی^۵

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و بررسی اضطراب در بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی پرداخته‌اند؛ اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون بیماران قلبی - عروقی بپردازد، مغفول مانده است.

هدف: بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون بیماران قلبی - عروقی بود. **روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران قلبی - عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌ا... در شهر تهران طی ماه‌های خرداد تا شهریور در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۲۴ بیمار بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۲ نفر) گماشته شدند. ابزارهای این پژوهش پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته (۱۳۹۸)، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر (گراش و لاشن، ۱۹۷۰) و پروتکل رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فیننس، قادری، داهل، نیگر و اینیبرینک، ۲۰۱۹) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر کاهش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون تأثیر معنادار داشت ($p < 0.01$). نتایج به‌دست‌آمده در مرحله پیگیری ثابت بود.

نتیجه‌گیری: بیمارانی که در جلسات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش شرکت کردند میزان اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخونشان کاهش یافت.

واژه‌های کلیدی: اضطراب آشکار، اضطراب پنهان، بیماران قلبی - عروقی، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، فشارخون.

۱. دانشجوی رشته روانشناسی دانشگاه بین‌المللی کیش، کیش، ایران

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران btajeri@yahoo.com

۳. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)، انستیتو سبک زندگی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۵. دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله الاعظم (عج)، تهران، ایران

مقدمه

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، در چند دهه گذشته، مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر 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 به‌عنوان یک مانع برای رشد انسان معرفی شده است (متسیونا، 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 نه‌تنها عامل اصلی مرگ‌ومیر خواهد بود بلکه عامل ناتوانی بشر نیز خواهند بود (مایوسی، کوپیدو، لاورنسون، ۲۰۲۰). بیماری عروق کرونر قلبی زودرس CHD حالتی پیش‌رونده و تدریجی است که ممکن است سال‌ها بدون علامت باشد، علائم نهایی این بیماری می‌تواند شامل (ایسکمی میوکارد) تأمین ناکافی اکسیژن قلب (آنژین صدری) درد قفسه سینه، (انفارکتوس میوکارد) مرگ عضله قلب (و بی‌نظمی‌های ضربان قلب باشد (هینکل، لهما، وهیتنی، ۲۰۲۰). عوامل خطر ساز و تشدیدکننده بیماری کرونر قلبی به عوامل سنتی غیرقابل تغییر (سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (فشارخون 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 (ابراهیم پور، اسماعیلی، دهقان نیری، ۱۳۹۷). بیماری‌های قلبی و عروقی در ایران شایع و از علل مهم مرگ‌ومیر است (قضاوی، رحیمی، اسفندیاری، شاکریان، ۱۳۹۷).

از عوامل پیش‌بینی کننده بیماری‌های قلبی - عروقی و

فشارخون که مطالعات زیادی در مورد آن انجام گرفته، اضطراب است (مکی، گیورگی، ۲۰۱۶). اضطراب، خشم و خصومت ممکن است در ایجاد و استمرار فشارخون نقش اساسی داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که فشارخون به هنگام اضطراب و عصبانیت بیشتر افزایش پیدا می‌کند تا در هنگام آرامش و خوشی (سمیعی، علیمردی، صادقی، ۱۳۹۱)، متخصصان قلب و عروق از بیماران قلبی و عروقی می‌خواهند زمان پیش آمدن مشکل 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 فشارخون، موجب افزایش آن شوند. به دلیل وجود رابطه بین فشارخون بالا با میزان اضطراب و استرس که افراد دچار آن می‌شوند، پژوهشگران امکان استفاده از روش‌های مهار استرس در درمان فشارخون بالا را بررسی کرده‌اند (علیخواه، کوشان، ۱۳۹۸). فشارخون 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 (وریقت، مسنی، گل، ۲۰۱۸). فشارخون بالا یک عامل خطر مهم برای بیماری‌های عروق کرونری، سکته مغزی و بیماری‌های کلیوی بشمار می‌رود و در بیشتر مواقع پیشگیری و کنترل فشارخون یکی از مؤثرترین استراتژی‌ها برای کاهش فشار روانی این بیماری است (بفرد، ۲۰۱۶). تغییرات سبک زندگی (که به‌طور رسمی و حرف‌های درمان غیر دارویی نامیده می‌شوند) را به‌عنوان اولین قدم در الگوریتم درمان پرفشاری خون مطرح شده است. چندین عامل خطر ساز شناخته شده همراه با بروز پرفشاری خون وجود دارند که عبارت‌اند از: جنس، وراثت، چاقی، عوامل اجتماعی فرهنگی و شخصیت به‌علاوه 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 فشارخون می‌شوند (حسنی و رضایی جمالی، ۱۳۹۳).

همچنین از درمان‌هایی که در دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته، رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش است که در درمان چاقی و افسردگی و اضطراب اثربخش گزارش شده‌اند (رحمانی، حکم‌آبادی، ۲۰۱۸). این درمان‌ها یک مداخله رفتاری هستند که بر مبنای توجه و تمرکز به خود استوار است. تمرینات به صورت تمرکز بر روی افکار و احساسات و ادراک انجام می‌شود (دهلین، ریرگ، ۲۰۱۷). این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر روی تنفس با تمام فعالیت‌های زندگی حاصل می‌آید. در واقع، در رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش افراد یاد می‌گیرند پذیرش و دلسوزی را بجای قضاوت کردن تجربه‌شان گسترش دهند و هوشیاری 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 باهدف 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 باعزت‌نفس، 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 تک‌مرحله‌ای با یک سال پیگیری بر روی ۵۳ شرکت‌کننده در آمریکا باهدف کاهش فشارخون مبتنی بر ذهن آگاهی دریافتند، تنظیم احساسات (مشکلات در نمره تنظیم هیجان) و خودآگاهی (ارزیابی چندبعدی آگاهی بینابینی) و چندین عامل فشارخون 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 پرفشارخون و مصرف الکل) نیز بهبود یافت.

پژوهشگران با بررسی مطالعات انجام‌شده در داخل و خارج از کشور دریافتند پژوهشی که به بررسی تأثیر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون بیماران

قلبی - عروقی بپردازد، مغفول مانده است بنابراین هدف از انجام این پژوهش پاسخگویی به این سؤال بود، آیا رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون بیماران قلبی - عروقی تأثیر دارد؟

روش

پژوهش حاضر مطالعه ای از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلابه بیماری کرونری قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه‌ا... در شهر تهران در ماه‌های خرداد تا شهریور در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شامل ۲۴ نفر (۱۲ن = برای هر گروه، ۵/۰ = حجم اثر، ۵/۰ = a (استیونس، ۲۰۰۷) هر گروه ۱۲ نفر؛ گروه آزمایش و گروه کنترل) است. در این پژوهش مداخلات به صورت گروه‌درمانی انجام گرفت که اندازه مناسب برای این گروه‌ها جهت حداکثر استفاده ۶-۱۵ نفر است (کری، ۱۳۹۱). ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری کرونری قلبی زودرس و فشارخون بالا توسط پزشک متخصص قلب و عروق بر اساس معیارهای 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 سوءمصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی، 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. ۱۳۹۸.۰۵۵ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرکز

زهره نوکلی و همکاران

عدالت در پژوهش و همچنین با توجه به اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

باز آزمایی مقیاس اضطراب پنهان از ۸۱٪ که سطح مطلوبی است به‌دست‌آمده است.

درمان به‌صورت گروهی طی ۸ جلسه، یک‌بار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل اصل اخلاقی

جدول ۱. ساختار پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (فینس، قادری، داهل، لیگر و ایبیریک، 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 درمان‌گهی خلاق، توضیح مفاهیم مربوط به کاهش فشارخون، 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 فشارخون، 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 فشارخون، آشنایی با مفاهیم درمانی (اعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی 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 هرگونه 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 مناسب، سنجش فشارخون.
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 فشارخون
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 شفاف‌سازی ارزش‌ها.
جلسه پنجم	نمایر 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 فشارخون.

اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب ...

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 فضاوت 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 فضاوت‌ها 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 ویژگی 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 بر اساس 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 پیگیری از عود؛ ادامه جلسات می‌تواند ماهانه با وضاحت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی- سنجش فشار خون

یافته‌ها

تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود همچنین بین پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمون نیز تفاوت فراوانی دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تأیید می‌کند. سایر یافته‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای «اضطراب آشکار»، «اضطراب پنهان» و «فشارخون» در حالت پس-آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که می‌تواند حاکی از اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش باشد. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از

در پژوهش حاضر اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر مؤلفه‌های اضطراب و فشارخون 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

پنهان و فشارخون در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P>0/05$).

آزمون شاپیرو - ویلک بررسی شد (جدول ۴).
نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد اضطراب آشکار، اضطراب

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه کنترل و آزمون

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

جدول ۳. مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشارخون به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	SD	میانگین	SD
اضطراب آشکار	پیش‌آزمون	۵۷/۷۴	۱/۵۴	۵۷/۶۶	۵/۹۰
	پس‌آزمون	۳۰/۸۰	۲/۵۲	۵۵/۴۰	۸/۴۸
	پیگیری	۴۰/۱۴	۴/۱۵	۶۰/۹۱	۵/۷۰
اضطراب پنهان	پیش‌آزمون	۵۷/۷۷	۰/۱۷	۵۶/۹۲	۰/۵۰
	پس‌آزمون	۳۵/۸۷	۰/۳۶	۵۶/۷۰	۰/۲۴
	پیگیری	۴۵/۴۰	۰/۴۱	۵۶/۸۲	۰/۲۶
فشارخون (سیستولی)	پیش‌آزمون	۱۳۷/۰۵	۲/۹	۱۳۶/۲۳	۲/۴۶
	پس‌آزمون	۱۱۹/۳۷	۲/۰۱	۱۳۷/۶۵	۳/۳۶
	پیگیری	۱۲۰/۸	۱/۹۴	۱۳۶/۴۲	۱/۲۱

اثربخشی رفتاردرمانی متکی به پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب ...

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 موچلی برای همه‌ی متغیرهای موردبررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که برای متغیرهای اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون 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 فشارخون برقرار است ($P < 0/05$) نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۳ نشانگر همگن بودن دو گروه در مرحله پیش‌آزمون است و یافته‌ها در جدول ۴ نشان دادند متغیرهای وابسته از توزیع نرمال برخوردار هستند بنابراین جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشارخون از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکراری موردبررسی قرار گرفت. نتایج آزمون امباکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های موردبررسی برقرار نیست ($BoxM = 458/5499/38, P > 0/100$) که البته با توجه به

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

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

جدول ۵. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

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

زهره نوکلی و همکاران

مجدور اتا//ف ($F = 32/37, P > 0/001$) معنی دار است. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله مدل رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر ابعاد موردبررسی اثربخش است.

نتایج آزمون‌های چند متغیری در جدول ۶ نشان داد که رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش در عامل زمان ($813/0 =$ مجذور اتا، $F = 61/45, P > 0/001$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($78/0 =$

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

مجدور اتا	Sig	درجه آزادی خطا	F	مقدار	آزمون	منبع تغییرات واریانس
0/813	0/001	21	45/61	0/81	اثربخشی	زمان
0/813	0/001	21	45/61	0/19	لامبدای ویلکز	
0/813	0/001	21	45/61	4/34	اثر هاتلینگ	
0/813	0/001	21	45/61	4/34	بزرگترین ریشه روی	
0/78	0/001	21	37/32	0/78	اثربخشی	زمان × گروه
0/78	0/001	21	37/32	0/22	لامبدای ویلکز	
0/78	0/001	21	37/32	3/55	اثر هاتلینگ	
0/78	0/001	21	37/32	3/55	بزرگترین ریشه روی	

جدول ۷. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر درون‌گروهی و بین‌گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

مجدور اتا	Sig	F	میانگین مجذور	df	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	منغیر وابسته
0/897	0/001	7816/8	410/103	1	410/103	گروه	اضطراب آشکار
0/662	0/001	43/16	1279/53	2	2559/07	زمان	
0/619	0/001	35/73	1059/34	2	2118/68	زمان × گروه	
0/923	0/001	8327/2	5416/21	1	5416/21	گروه	اضطراب پنهان
0/853	0/001	7451/9	738/08	2	1476/17	زمان	
0/836	0/001	7168/2	709/98	2	1419/97	زمان × گروه	
0/761	0/001	3083/4	1240/39	1	1240/39	گروه	فشار خون
0/535	0/001	25/35	520/83	2	1041/66	زمان	
0/586	0/001	31/15	640/01	2	1280/03	زمان × گروه	

($P > 0/001, F = 16/43$)، اضطراب پنهان ($P > 0/001, F = 9/7451$) و فشارخون ($P > 0/001, F = 35/25$) معنی دار است. اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار است که نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۷ ارائه شده است. این نتایج نشانگر اثربخشی مداخله رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر ابعاد موردبررسی است و مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش میزان

نتایج آزمون اثر بین‌گروهی در جدول ۷ نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر اضطراب آشکار ($P > 0/001, F = 8/7816$)، اضطراب پنهان ($P > 0/001, F = 2/8327$) و فشارخون ($P > 0/001, F = 4/3083$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون‌گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب آشکار

اثربخشی رفتاردرمانی متکی به پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب ...

اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشارخون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود.

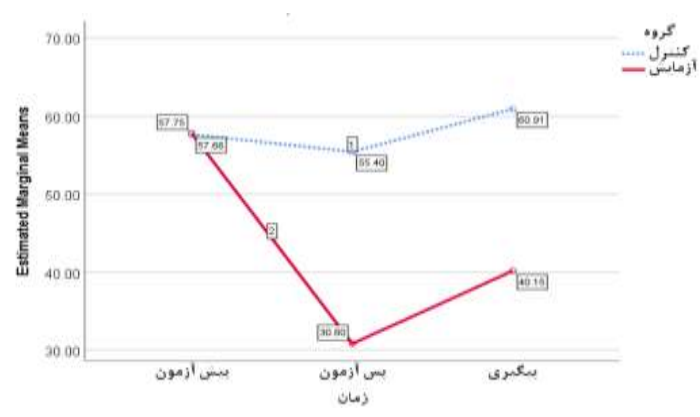
جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش در طی زمان

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	۰/۰۹۳
پیش آزمون - پیگیری	۷/۱۷	۱/۵۹	۰/۰۰۱	۶/۲۳	۰/۰۹۹	۰/۰۰۱

دو متغیر اضطراب آشکار و اضطراب پنهان تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.001$) چنانچه به نمودار تغییرات میانگین در نگاره‌های (۱ و ۲) توجه کنیم متوجه می‌شویم در موقعیت پیگیری، اضطراب آشکار و اضطراب پنهان اندکی افزایش یافته‌اند بنابراین ثبات مداخله برای این دو متغیر مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. در مورد متغیر فشارخون بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد ($P < 0.05$) در نتیجه ثبات مداخله برای فشارخون بیماران مورد تأیید قرار می‌گیرد. در نگاره‌های (۱، ۲ و ۳) میانگین متغیرهای اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشارخون به صورت نمودار ترسیم شده است.

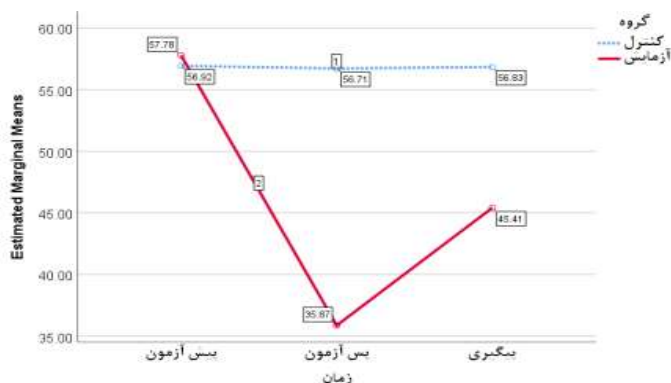
پس‌ازاینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوبه‌دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۸ گزارش شده است.

یافته‌ها در جدول ۸ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون در سه متغیر اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و فشارخون تفاوت معنادار وجود دارد ($P > 0.001$) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین بین پیش‌آزمون - پیگیری نیز در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ($P > 0.001$) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تأیید قرار می‌گیرد. بین پس‌آزمون و پیگیری در

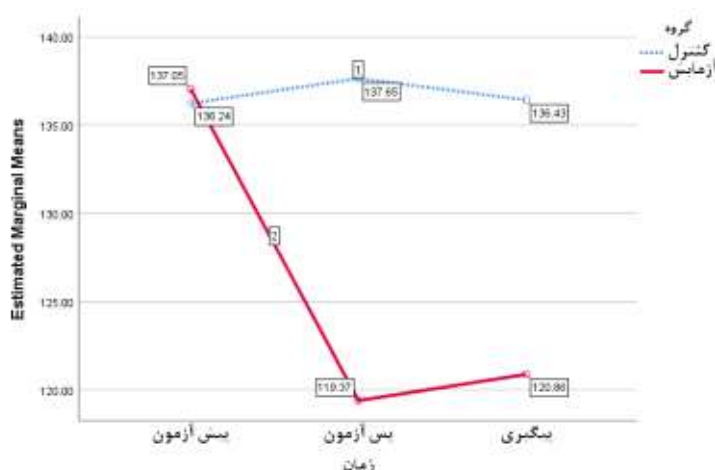


نگاره ۱. مقایسه میانگین اضطراب آشکار در سه حالت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

زهرة نوکلی و همکاران



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 فشارخون در سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی متکی به پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشارخون 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 است. در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت: اضطراب بخش جدایی ناپذیر از زندگی عصر حاضر است که همیشه وجود داشته و متعلق به عنصر و یا فرهنگ ویژه ای نیست. اضطراب، جسم فرد، درک از خود و

ارتباط با دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد. اضطراب به صورت حسی وسیع و عمیق درک می گردد 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 می کند که هسته شخصیتی اش مورد تهدید قرار گرفته است (سیلورمن، هرزوغ، سیلورمن، ۲۰۱۹). افراد مضطرب افرادی هستند که در رفتار خود انعطاف ناپذیرند، احساس مسئولیت نمی کنند و هویت شکست دارند و همچنین از رویارویی با واقعیت های زندگی، ناراحت، مضطرب و اندوهگین می شوند. اضطراب ممکن است توانایی فرد را جهت

اثر بخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب ...

تمرکز، افزایش و یا کاهش دهد. اضطراب نوعی دلواپسی یا بی‌ثباتی است و زمانی رخ می‌دهد که فرد با تغییری مواجه شود یا نیاز 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 ایجادکننده اضطراب چیره گردد (قضاوی، رحیمی، اسفندیاری، شاکریان، ۱۳۹۷). هدف ابتدایی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش آماده کردن بیماران با آموزش فنون مراقبه به منظور پرورش و رشد کیفیت ذهن آگاهی است؛ بنابراین، تمرکز اصلی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش آموزش فنون مراقبه مختلف به شرکت‌کنندگان است که به گسترش ذهن آگاهی منجر می‌شود. اگرچه این فنون ذهن آگاهی مختلف تا حدی در روش باهم متفاوت‌اند، 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 به‌عنوان اتفاقات ذهنی و نه به‌عنوان جنبه‌هایی از خود یا بازتاب درستی از واقعیت در نظر بگیرند. در اوایل رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش توسط کابات - زین به‌صورت گسترده‌ای برنامه‌های مراقبه ذهن آگاهی را ارزیابی و ساختاریافته کرد. رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش با استفاده از فنون مراقبه درون‌بینی بودائی 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 به‌عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌گردد. فرآیند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و درواقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های مناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که قابل‌تغییر مثل رفتار آشکار است،

بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر فشارخون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی متمرکز دارد (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰؛ به نقل از برادران و همکاران، ۱۳۹۵) هر چه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به‌خصوص شرایط استرس‌آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و برعکس افرادی که از فشارخون ناشی از موقعیت‌های استرس‌آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. لذا کاهش استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف درمان است (برادران و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی داشت. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت بین‌رشته‌ای بودن پژوهش (روان‌شناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پیشنهاد می‌شود بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی با فشارخون و وزن بالا غربالگری و شناسایی شوند و درمان‌های مذکور جهت کنترل موارد ذکرشده انجام گیرد. غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آن‌ها به روانشناس نیز می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد. این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور واحد مرکز بین‌المللی کیش است و دارای تأییدیه کمیته اخلاق پزشکی با شماره IR. IAU. TMU. REC. 1398.055 است.

منابع

۱. ابراهیم پور فاطمه؛ مریم اسماعیلی و ناهید دهقان نیری، (۱۳۹۷)
۲. اورنگ، زهرا؛ زهره مظلوم و نجمه حجازی، (۱۳۹۶). سوء تغذیه و شاخص‌های تن سنجی در سالمندان مبتلابه بیماری‌های قلبی - عروقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۱(۶)، ۵۴-۴۶.
۳. برادران، مجید؛ حسین زارع، احمد علی پور و فرزاد فرزند ولی‌الله (۱۳۹۵).
۴. دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پیشگیری مقدماتی در بیماری‌های قلبی - عروقی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۲(۲)، ۴-۱۸.
۵. حسنی، جعفر و حسن رضایی جمالویی، (۱۳۹۳). تأثیر القای تجارب هیجانی در واکنش‌های قلبی و عروقی نوجوانان با نگاه به ابعاد اضطراب رگه/ حالت. مجله علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۳(۵۱)، ۳۷۶-۳۹۹.
۶. حیدریان، فاطمه؛ ایلناز سجادیان و مهدی فتحی، (۱۳۹۶) اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر استرس ادراک‌شده و فشارخون بیماران مبتلابه فشارخون اولیه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۰(۵)، ۶۶۹-۶۸۰.
۷. روحی، قنبر؛ حسین رحمانی، علی‌اکبر عبداللهی و غلامرضا محمودی، (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)، ۷-۷۸.
۸. رهنما، مارال؛ ایلناز سجادیان و امیر رئوفی، (۱۳۹۶). هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. نشریه روان پرستاری، ۵(۴)، ۳۴-۴۲.
۹. سمیعی سبینی، فاطمه؛ زینب علیمردادی و طاهره صادقی، (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.
۱۰. شهامت دهرسخ، فاطمه و جواد صالحی فدردی، (۱۳۹۲) سوگیری توجه در اضطراب حالت، صفت: پارادایم ردیابی نقطه. فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸(۲۹)، ۱۸۱-۱۹۴.
۱۱. علیخواه، لیلا؛ محسن کوشان، موسی‌الرضا تدین فر، رحیم اکرمی، نرجس حشمتی فر و صدیقه رستاقی، (۱۳۹۸) بررسی تأثیر مداخله پرستاری مراقبت حمایتی بر اضطراب بیماران مبتلابه سندرم حاد کرونر در بدو ورود به بخش مراقبت‌های ویژه قلبی. مجله حیات، ۲۵(۱)، ۹۵-۱۰۵.
۱۲. فرهادی، علی؛ معصومه موحدی و یزدان موحدی، (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اضطراب بیماران کرونر قلبی: با پیگیری دوماهه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۵(۴)، ۲۰-۲۹.
۱۳. قضاوی، ندا؛ ابراهیم رحیمی، زهرا اسفندیاری و امیر شاکریان، (۱۳۹۷). مطالعه تحلیلی بررسی اسیدهای چرب اشباع، به‌عنوان شاخص مهم در بروز بیماری‌های قلبی عروقی در شیرینی‌های سنتی ایران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۶(۹)، ۷۷۰-۷۸۳.
۱۴. مرادیان، سید طیب؛ عباس عبادی، یاسر سعید و مجتبی آسیابی، (۱۳۹۲). اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلابه بیماری عروق کرونر. روان پرستاری، ۱(۲)، ۵۴-۶۱.
۱۵. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روان‌شناختی و افزایش امید بیماران مبتلابه فشارخون اساسی. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۳۲)، ۹۵-۱۰۵.
۱۶. نکونام، آسیه؛ ثریا اعتمادی، سعید و پورنقاش تهرانی، (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر. مجله علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی، ۱۷(۶۵)، ۶۱-۷۷.

- BP): Stage 1 single-arm clinical trial. *PloS one*, 14(11),1-27
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Rodriguez-Iturbe, B. Pons, H. & Johnson, R. J. (2017). Role of the immune system in hypertension. *Physiological reviews*, 97(3), 1127-1164.
30. Ryan, I. (2020). Anxious Generation: a Review of the Relationship between Disease Anxiety Disorders and
31. 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.
32. Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. Lushene, R.E. Vagg, P.R. Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety scale*.
33. Spielberger, E.D. Gorusch, R.L. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
34. 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>
17. 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.
18. 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.
19. Buford, T. W. (2016). Hypertension and aging. *Ageing research reviews*, 26, 96-111.
- Cardiovascular in Youth. *Current Epidemiology Reports*, 7, 39-43.
20. Dahlin, M. Ryberg, M. Vernmark, K. Annas, N. Carlbring, P. & Andersson, G. (2016). Internetdelivered acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: A pilot study. *Internet interventions*, 6, 16-21.
21. Forman, E. M. & Butryn, M. L. (2016). Acceptancebased behavioral treatment for weight loss. *Obesity (Silver Spring)*, 24(10), 2050-2056.
22. 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*.
23. 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.
24. Kaptoge, S. Pennells, L. De Bacquer, D. Cooney, M. 24. T. Kavousi, MStevens, 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.
25. 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-

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

Zohreh Tavakoli¹, Biyuk Tajeri², Shokoofeh Radfar³, Farhad Jomehri⁴, Arezoo Khosravi⁵

Abstract

Background and objective: 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.

Keywords: Acceptance-based behavior therapy, Blood pressure, Cardiovascular patients, Hidden anxiety, Obvious anxiety .

1. Psychology student at Kish International University, Kish, Iran

2*. Corresponding author; Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

btajeri@yahoo.com

3. Assistant Professor, Baqiyatallah Al-Azam University of Medical Sciences, Lifestyle Institute International Care Center, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

5. Associate Professor, Baqiyatallah Al-Azam University of Medical Sciences, Tehran, Iran