رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۳، شماره پیاپی ۸۴، خرداد ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(3), 2023

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونروی

Comparsion of effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of life in Coronary heart disease patients undergoing percutaneous coronary intervention

عباسعلی محمودی مولایی
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
دکتر رمضان حسن زاده (نویسنده مسئول)
استاد گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر افسانه خواجوند خوشلی
دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

AbbasAli Mahmoudi Molaey
Ph.D student of General Psychology, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
Dr. Ramazan Hassanzadeh*
Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Hasanzadeh@iausari.ac.ir
Dr. Afsane Khajevand Koshely
Associate Professor of Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی ابا طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران آنژیوپلاستی شده مراجعه کننده به کلینک قلب فاطمه زهرا (س) ساری در سال ۱۴۰۰ بود. تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه) گمارش شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 (ویر و شربورن، ۱۹۹۲) به عنوان ابزار پژوهش در دو مرحله قبل و بعد از آموزش در هر سه گروه اجرا شد. تحلیل یافته‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون بین میانگین پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی نشان داد اثربخشی درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیشتر است (p =۰/۰۰۰۲). بنابراین، در حوزه درمان و مشاوره بیماران مبتلا به کرونری قلب، درمان شناختی رفتاری کارآمد به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: *درمان شـــناختی_رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی.*

Abstract
The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment to the quality of life in coronary heart patients. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all angioplasty patients referred to Fatemeh Zahra(S) Heart Clinic in Sari in 1400. The number of 45 people were selected as a sample using the purposeful sampling method and randomly assigned to three groups (two experimental groups and one group). The participants of the first experimental group received 10 sessions of cognitive behavioral therapy and the participants of the second experimental group received 8 sessions of therapy based on acceptance and commitment. The quality of life questionnaire SF36 (Weir and Sherburne,1992) was implemented as a research tool in two stages before and after training in all three groups. The analysis of findings by multivariate analysis of covariance test showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the post-test average of the quality of life in the experimental and control groups at the level of 0.001. The results of the follow-up test showed that the effectiveness of cognitive behavioral therapy is higher than the therapy based on acceptance and commitment to the quality of life (p=0.0002). Therefore, in the field of treatment and counseling of patients with coronary heart disease, cognitive behavioral therapy seems efficient.

Keywords*: cognitive-behavioral therapy, therapy based on acceptance and commitment, quality of life.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آذر ۱۴۰۱** | **پذیرش: بهمن ۱۴۰۱** | **ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

مقدمه

در سراسر جهان، ۲۳ میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی هستند و شیوع این بیماری در ایران ۳۵۰۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر است (رنجبران و همکاران، ۱۳۹۸). بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ در سطح جهان و عامل ۸۲ درصد موارد مرگ در کشورهای در حال توسعه است (عشوندی و همکاران، ۱۳۹۶). در ایران نیز اولین علت مرگ، بیماری‌های قلبی عروقی هستند که عامل ۳۵ درصد موارد مرگ محسوب می‌شود (بابامحمدی و همکاران، ۱۳۹۸). بیماران قلبی مشکلات متعددی نظیر درد قفسه سینه، عدم تحمل فعالیت، تنگی نفس، سازگاری غیرموثر با بیماری و مشکلات روانی را تجربه می‌کنند (هینکل و چیور[1]، ۲۰۱۸). این بیماران به علت تغییرات پیش‌آمده در نحوه زندگی، بستری شدن در بیمارستان، عدم آگاهی از روند درمان و بهبودی و لزوم رعایت محدودیت‌هایی در سبک زندگی در معرض انواع مختلف استرس، اضطراب و افسردگی قرار دارند (ملک‌پورگلسفیدی و همکاران، ۱۳۹۶). کاهش محدودیت‌های فیزیکی، بهبود درک و وضعیت سلامت از فواید مداخله پرکوتانئوس کرونری موفقیت‌آمیز است. در این راستا، سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران، شاخصی برای ارزیابی مداخلات درمانی محسوب می‌شود (روآنو[2] و همکاران، ۲۰۱۵).

کیفیت زندگی مفهومی گسترده، چند بعدی و ذهنی است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را احساس ذهنی فرد نسبت به موقعیت خود در زندگی تعریف می‌کند که با فرهنگ، ارزش‌های اجتماعی، اهداف، استانداردها و علایق شخصی افراد مرتبط است (به نقل از درویش‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). مشکلات ناشی از کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کرونر قلبی ضرورت پیدا می‌کند که یک مداخله روانشناختی و غیردارویی برای بهبود کیفیت زندگی در کنار درمان دارویی به کار گرفته شود. از جمله این درمان‌ها، می‌توان به درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد.

یکی از روش‌های درمانی موثر در بهبود بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی، درمان شناختی رفتاری است (شوریتس[3] و همکاران، ۲۰۲۰). این شیوه درمانی بر این فرض استوار است که باورهای نادرست و ناامیدکننده، رفتارهای مقابله‌ای ناموثر و حالات خلقی منفی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات موثر هستند (مک فارلان[4] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی رفتاری بر مدل آموزش روانی ساخت‌دار استوار است و بر نقش تکلیف خانگی تاکید می‌کند (لورنزو[5] و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان دارای ویژگی‌های منحصر به فردی است که هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب‌آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای موثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (پیترز[6] و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر کیفیت زندگی بیماران مزمن تایید کرده‌اند (فریبرزی و خضری، ۱۳۹۹؛ باباپور و همکاران، ۱۳۹۸؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸؛ چمنی قلندری و همکاران، ۱۳۹۸؛ عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۴).

همچنین درمان دیگری که به نظر می‌رسد برای بهبود کیفیت زندگی در افرادی که دارای بیماری مزمن موثر واقع شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[7] است که به عنوان درمان شناختی موج سوم[8] که توسط هیز[9] توسعه داده شده است که اصول رفتاری، ذهن آگاهی و پذیرش را با هم ترکیب می‌کند. در این درمان، ذهن آگاهی به حالتی از آگاهی اشاره دارد که بر بودن در لحظه حال تمرکز دارد. پذیرش به انجام تمرینات مبتنی بر پذیرش (تمرینات تمایل) همه رویدادهای ذهنی (مانند افکار و هیجانات) بدون تغییر، اجتناب یا کنترل آنها اشاره دارد. در نهایت اصول رفتاری برای شفاف‌سازی ارزش‌های شخصی و انجام اقدامات منتهی به دستیابی به هدف اشاره می‌شود (پولاکاهانو[10] و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا پژوهش‌های متعددی در نمونه‌های مختلف مبتلا به بیماری مزمن اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اثرگذار معرفی کردند (کلباسی و همکاران، ۱۴۰۰؛

1 Hinkle, Cheever
2 Ruano
3 Shortis
4 McFarlane
5 Lorenzo
6 Peters
7 acceptance and commitment therapy
8 third-wave cognitive therapy
9 Hayes
10 Puolakanaho

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

عسکری و همکاران، ۱۳۹۸؛ ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ دهقانی و رضایی دهنوی، ۱۳۹۷؛ دهقانی، ۱۳۹۵). با توجه به اینکه تاکنون اثربخشی هر یک از درمانهای شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در بسیاری از متغیرهای روانشناختی اثبات شده‌اند، لیکن پژوهش حاضر به بررسی مقایسه دو درمان در بیماران کرونر قلبی پرداخته است که درمان سودمند در خصوص بیماران کرونر قلبی انتخاب شود. اگرچه تاکنون در رابطه با متغیر کیفیت زندگی در جوامع متعدد و با روش‌های درمانی متفاوت کار شده است، لیکن با وجود اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کرونر قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری، مداخلات روانشناختی کمتری بر روی این گروه از بیماران صورت گرفته است. همچنین از آنجا که تاکنون مقایسه این دو درمان در خصوص متغیر کیفیت زندگی بر روی بیماران کرونر قلبی صورت نگرفته است، انتخاب درمان موثر، توانایی افزایش کیفیت زندگی بیماران کرونر قلبی را خواهد داشت. با توجه به موارد ذکر شده، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری انجام شد.

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران آنژیوپلاستی شده مراجعه کننده به کلینک قلب بیمارستان فاطمه زهرا (س) ساری در محدوده سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که شامل ۳۵۰ (۱۵۶ نفر زن و ۱۹۴ نفر مرد) بودند. برای انتخاب نمونه آماری ابتدا از بین بیماران آنژیوپلاستی شده مراجعه کننده به کلینیک قلب بیمارستان فاطمه زهرا (س) در ساری، تعداد ۴۵ نفر که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به صورت هدفمند انتخاب شدند و سپس افراد نمونه، به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل بیماران ۳۰ تا ۶۰ ساله‌ای که تشخیص بیماری کرونری قلب دریافت کرده بودند و تحت PCI (مداخله کرونری پرکوتانئوس) قرار گرفتند، وجود سلامت جسمانی در حد انجام آزمون و شرکت در دوره درمانی (در صورتی که در گروه آزمایش قرار گرفتند)، دارا بودن سواد حداقل دیپلم و عدم وجود مشکلات روانشناختی جدی از جمله سایکوز (بررسی توسط روانپزشک و روانشناس) بود. همچنین ملاک‌های خروج در پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری شرکت‌کنندگان، غیبت بیش از دو جلسه متوالی، ابتلا به مشکلات شناختی و خلقی در حین پژوهش بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. داده‌های به دست آمده در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ توسط آزمون کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36[1]): این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن[2] در سال ۱۹۹۲ ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی (شامل ۱۰ سوال)، عملکرد اجتماعی (شامل۲ سوال)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ سوال)، ایفای نقش هیجانی (شامل ۳ سوال)، سلامت روانی (شامل ۵ سوال)، سرزندگی (شامل ۴ سوال)، درد بدنی (شامل ۲ سوال) و سلامت عمومی (شامل ۵ سوال) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، پرسشنامه حاضر، دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی، بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی، بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره‌گذاری به صورت دو وجهی، لیکرت سه گزینه‌ای، لیکرت پنج گزینه‌ای و لیکرت شش گزینه‌ای است. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۶ و روایی همزمان آن ۰/۶۴ گزارش شده است (ویر و شربورن، ۱۹۹۲). روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (اصغری و فقیهی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۷۸ به دست آمد.

1 Short-Form Health Survey questionnaire
2 Ware & Sherbourne

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

در قدم اول، کلیه بیماران کرونری قلب که پس از مداخه آنژیوپلاستی برای بررسی و ارزیابی قلبی به کلینیک تخصصی قلب مرکز قلب مازندران (بیمارستان فاطمه زهرا ساری) مراجعه کردند؛ با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، برحسب تمایل وارد پژوهش شدند. ابتدا توسط مصاحبه، اطلاعات دموگرافیک آنها تهیه شد. سپس به پرسشنامه کیفیت زندگی (ابزار استاندارد) پاسخ دادند. افرادی که از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند، انتخاب شدند. بیماران به طور تصادفی درسه گروه قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی اول (۱۵ نفر) درمان شناختی رفتاری به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی اجرا شد (جدول۱). برای گروه آزمایشی دوم (۱۵ نفر) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برگزار شد (جدول۲). گروه ، آموزشی را دریافت نکردند و در انتظار ماندند تا در صورت انتخاب درمان سودمند، پس از پایان پژوهش، بر حسب تمایل آموزش لازم به آنها داده شود. پس از پایان آموزش برای هر دو گروه آزمایشی، مجددا از هر سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه) خواسته شد تا به هر پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دهند.

جدول ۱: محتوی ساختار جلسات شناختی رفتاری (لیهی، ۲۰۱۱)

جلسه	محتوا
۱	آشنایی اهضای گروه با هم، آشنایی با درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تاثیر عوامل روانشناختی بر بیماری‌های قلبی عروقی توسط متخصص قلب و عروق و تعیین هدفهای درمان
۲و۳	آگاه کردن بیمار از نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس و شناسایی افکار مرتبط با این علائم
۴	تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه افکار با احساساها، هیجانها و رفتار و توجه به احساسات خود
۵	فنون توقف افکار منفی و چالش با افکار منفی
۶	فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
۷	تکنیکهای آرمیدگی
۸و۹	مهارتهای حل مسئله و کنترل خشم
۱۰	جمع بندی مباحث گفته شده

جدول ۲: محتوی ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲)

جلسه	محتوا
۱	آشنایی اعضاء با درمانگر و یکدیگر، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، قرارداد درمانی
۲	بررسی مشکلات بیماران از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزشهای فرد و اینکه کنترل مسئله است نه راه حل)
۳	شفاف سازی ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی
۴	آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت
۵	ارزیابی با زمان حال و آموزش فنون ذهن آگاهی
۶	شناسایی ارزشهای زندگی بیماران و سنجش ارزشها بر مبنای میزان اهمیت آنها در زندگی بیماران
۷	ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزشها
۸	جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از بیماران برای توضیح دستاوردهایشان از درمان و برنامه آنها برای ادامه زندگی

یافته‌ها

در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۹ مونث و ۶ مذکر، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷ مونث و ۸ مذکر و در گروه کنترل نیز ۱۰ مونث و ۵ مذکر حضور داشتند. در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۱۳ متاهل و ۲ مجرد، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۷ متاهل و ۸ مجرد و در گروه کنترل نیز ۹ متاهل و ۶ مجرد بودند. همچنین، میانگین (و انحراف معیار) سنی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

در گروه آزمایش شناختی رفتاری ۴۲/۶(۶/۵۷)، در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۱/۶ (۷/۲) و در گروه گواه ۶/۰۹ (۴۱/۶۶) بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

		گروه شناختی رفتاری	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گروه کنترل
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱۳۶/۲ (۵/۰۴)	۱۳۵/۰۰ (۴/۶۱)	۱۳۴/۸ (۳/۵)
	پس‌آزمون	۱۴۵/۴۶ (۷/۰۰)	۱۴۱/۹۳ (۶/۸۲)	۱۳۰/۰۰ (۴/۴۵)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی در هر دو روش درمانی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته‌اند، لیکن میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی در پس‌آزمون گروه کنترل، نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جهت ارزیابی آموزش‌های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر پژوهش (کیفیت زندگی) از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت آزمودن یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان دهنده یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروهها بود. مقدار آماره F و سطح معناداری به ترتیب ۰/۴۴ و ۰/۶۴۷ به دست آمد. جهت آزمودن نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان دهنده نرمال بودن داده‌ها در گروه‌ها بود. مقدار آماره F و سطح معناداری به ترتیب در گروه پیش‌آزمون آزمایش درمان شناختی رفتاری ، ۰/۴۰۵ و ۰/۹۹۷ و در گروه پس‌آزمون۰/۹۹۶ و ۰/۳۰۹، در گروه پیش‌آزمون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۰/۷۹۵ و ۰/۵۵۳ و در گروه پس‌آزمون ۰/۵۰۷ و ۰/۹۵۹، و همچنین در گروه پیش‌آزمون کنترل ۰/۵۷۶ و ۰/۸۹۴ و در گروه پس‌آزمون ۰/۷۲۶ و ۰/۶۶۷ حاصل شد. همچنین همگن بودن شیب‌خط‌های رگرسیون نیز بررسی شد و نتایج نشان دهنده همگن بودن شیب‌خط رگرسیون بود. در این آزمون، مقدار آماره و سطح معناداری به ترتیب در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری ۱۸/۰۷ و ۰/۰۰۱، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۳/۰۱ و ۰/۰۰۳ و در گروه کنترل ۱۷/۵۸ و ۰/۰۰۱ حاصل شد. لذا با توجه به تایید پیش‌فرضهای آزمون کواریانس، می‌توان از آن استفاده نمود. جدول ۴، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) بر کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول۴: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) بر کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	توان آزمون
اثر پلایی	۰/۷۱۳	۲/۹۵	۱۲	۶۴	۰/۰۰۳	۰/۹۷۸
لامبدایی ویلکز	۰/۲۹۸	۴/۲۹	۱۲	۶۲	۰/۰۰۰۶	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۲/۳۱	۵/۷۹	۱۲	۶۰	۰/۰۰۰۴	۱
بزرگترین ریشه خطا	۲/۳	۱۲/۲۷	۶	۳۲	۰/۰۰۰۲	۱

همان طور که در نتایج جدول ۴ حاصل شده است، همه آزمون های مانکوا در سطح (P<۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشند، بر این اساس می‌توان بیان داشت حداقل در یکی از خرده‌مقیاسهای کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

جدول۵: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره بر کیفیت زندگی

منبع پراکندگی	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	سلامت روانی	۱۳۷/۲۱۸	۲	۶۸/۶۰۹	۹/۰۶۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۹	۰/۹۶۴
	سلامت عمومی	۹۲/۹۶۲	۲	۴۶/۴۸۱	۵/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴	۰/۸۵۳
	عملکرد جسمانی	۸۳/۲۰۲	۲	۴۱/۶۰۱	۶/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱	۰/۸۸۴
	درد بدنی	۹۸/۵۴۵	۲	۴۹/۲۷۲	۸/۰۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳	۰/۹۴۲
	محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی	۱۱۴/۹۸۴	۲	۵۷/۴۹۲	۱۰/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۳	۰/۹۷۸
	عملکرد اجتماعی	۸۴/۱۶۲	۲	۴۲/۰۸۱	۵/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	۰/۵۴۲
	محدودیت ایفای نقش به دلیل روانی	۷۹/۳۱۲	۲	۳۹/۶۵۶	۶/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۰/۵۶۳
	خستگی یا نشاط	۵۸/۳۸۲	۲	۲۹/۱۹۱	۵/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۵۱۹
	کیفیت زندگی	۲۸۲۶/۹۰۲	۲	۱۴۱۳/۴۵۱	۶۰/۴۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۶	۱

با توجه به اطلاعات مشاهده شده در جدول ۵، نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۰/۴۷۴$ و $p=۰/۰۰۱$). که به طور کلی حکایت از اثر درمان شناختی – رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری دارد.

جدول۶۷: نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت تعیین دو اثربخشی بر متغیر کیفیت زندگی

مقایسه بین گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان شناختی رفتاری	۲/۲۹	۱/۵۵	۰/۰۴۸
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		-۱۱/۷۲	۱/۵۴	۰/۰۰۰۲
درمان شناختی رفتاری		-۱۴/۰۱	۱/۵۵	۰/۰۰۰۲

طبق نتایج جدول ۶، میانگین گروه درمان شناختی رفتاری بیشتر از میانگین نمرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. لذا مداخله شناختی رفتاری مؤثرتر از مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر کیفیت زندگی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی_رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری انجام شد.

یافته‌ی اول پژوهش حاضر، حاکی از اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری بود. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های فریبرزی و خضری، ۱۳۹۹؛ باباپور و همکاران، ۱۳۹۸؛ یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸؛ چمنی قلندری و همکاران، ۱۳۹۸؛ عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۴همسو بود. در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان بیان کرد درمان شناختی رفتاری به طور کلی بر این باور است که تغییر در شناخت‌ها منجر به تغییر در احساسات و عواطف می‌شود و چرخه آگاهی شناختی به منظور تغییر عواطف و پیامد رفتار بازسازی شناختی را مورد توجه قرار می‌دهد. همچنین این درمان توانست با مکانیزم درنظر گرفتن ویژگی‌های شناختی از جمله باورها و انگاره‌های ذهنی راجع به بیماری و انجام بازسازی شناختی،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

عواطف مرتبط با بیماری را کاهش داده و به فرد کمک می‌کند که در جریان زندگی عادی خود حرکت نماید (المن[1]، ۲۰۲۱) و لذا سبب افزایش کیفیت زندگی در نمونه‌های پژوهش حاضر شد.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر، حاکی از اثربخش بودن مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری بود. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های کلباسی و همکاران، ۱۴۰۰؛ عسکری و همکاران، ۱۳۹۸؛ ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ دهقانی و رضایی دهنوی، ۱۳۹۷؛ دهقانی، ۱۳۹۵ همسو بود. در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان بیان کرد درمان پذیرش و تعهد، ارزش‌ها را به عنوان کیفیت انتخاب شده اعمال هدفمندانه تعریف می‌کند (دهقانی و رضایی دهنوی، ۱۳۹۷) و به مراجعین یاد می‌دهد تا بین انتخاب و قضاوت‌های مستدل تمایز قائل شوند و ارزش‌ها را انتخاب نمایند. به مراجعین گفته می‌شود تا آنچه را از زندگی می‌خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه‌های مختلف زندگی از قبیل زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و معنویت مدنظر قرار دهند. این عناصر جزء مولفه‌های کیفیت زندگی است (نصیری و همکاران، ۱۳۹۴). بررسی ارزش‌ها در این درمان خود می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به کرونر قلبی شود (دهقانی، ۱۳۹۵).

آخرین یافته‌ی پژوهش حاضر، مقایسه بین دو درمان و انتخاب درمان اثربخش‌تر بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری بود که نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس بود. در تبیین یافته‌ی فوق می‌توان بیان کرد که تکنیک‌هایی که مولفه رفتاری اعمال ناکارآمد را هدف قرار می‌دهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمنی نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهایی که نادیده گرفته شده بود. این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری پاسخ، را به تدریج حذف می‌کنند (علیاری خانشان‌وطن و همکاران، ۱۴۰۱) همچنین تکنیک آرام سازی به بیماران کمک می‌کند تا با به کار گیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند. علاوه بر آن، بیماران با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود می‌بخشند و گسترش می‌دهند. این روابط به افزایش کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند (امامی و همکاران، ۱۳۹۶).

پژوهش حاضر نشان داد که هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قادر به افزایش کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب تحت مداخله پرکوتانئوس کرونری می‌باشد، لیکن درمان شناختی رفتاری موثرتر در گروه نمونه واقع شد. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش نمونه گیری هدفمند و انتخاب نمونه محدود به بیمارستان فاطمه زهرا (س) شهر ساری، اشاره نمود. همچنین با توجه به اینکه از هر دوجنس در پژوهش استفاده شد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در سایر شهرها نیز صورت گیرد و بین بیماران زن و مرد مقایسه صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جهت پایدار بودن روش درمانی، از زمان پیگیری نیز استفاده شود.

سپاسگزاری: بدین وسیله پژوهشگران از ریاست محترم کلینیک تخصصی قلب مرکز قلب مازندران (بیمارستان فاطمه زهرا ساری) و پرسنل بیمارستان و شرکت‌کنندگان در پژوهش جهت همکاری در انجام پژوهش، نهایت تشکر را دارند.

منابع

اصغری مقدم، م.، و فقیهی، س. (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سوالی) در دو نمونه ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*،۱(۱)، ۱۰-۱. http://cpap.shahed.ac.ir/article_۲۷۷۰.html

امامی، م.، عسکری زاده، ق.، و فضیلت پور، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴)، ۱۴-۱. https://doi:10.22108/ppls.2018.106094.1217

باباپور، ج.، زینالی، ش.، عظیمی، ف.، و چاووشی، ه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی، اضطراب و خستگی روانی پرستاران بخش سرطان. *نشریه آموزش پرستاری*، ۸(۴)، ۳۲-۲۶. http://jne.ir/article-۱۰۴۲-۱.html-fa

بابامحمدی، ح.، کدخدایی الیادرانی، ه.، ابراهیمیان، ع.، قربانی، ر.، و تن ساز، ز. (۱۳۹۸). تاثیر مراقبت معنوی مبتنی بر الگوی قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد. *کومش*، ۲۱ (۲)، ۲۷۰-۲۶۲. https://doi: 10.22038/mjms.2019.17677

1 Almén

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]

چمنی قلندری، ر.، افشار اردلان، م.، دکانه ای فرد، ف.، چمنی، س.، قمچیلی، ا.، و زارعی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۳)، ۱۰-۵. http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-۶۹۵-۱-fa.html

درویش‌پور، ا.، جوادی پاشاکی، ن.، سالاری، ا.، طالشان نژاد، م.، و برابری، ف. (۱۳۹۵). مقایسه کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی قبل و بعد از آنژیوپلاستی عروق کرونر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۷)، ۲۱۰-۲۰۶. http://jmums.mazums.ac.ir/article-۷۷۱۸-۱-fa.html

دهقانی، ی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *روان شناسی بالینی*، ۸(۳)، ۱۰-۱. https://doi: 10.22075/jcp.2017.2240

دهقانی، ا.، و رضایی دهنوی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *طب داخلی روز*، ۲۴ (۳)، ۲۵۲-۲۴۶. http://imtj.gmu.ac.ir/article-۲۸۵۵-۱-fa.html

رنجبران، ر.، علی اکبری دهکردی، م.، صفاری‌نیا، م.، و علیپور، ا. (۱۳۹۸). تاثیرآموزش سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بر سرزندگی، بهزیستی روانشناختی و فشار خون زنان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی. *پرستاری قلب و عروق*، ۸(۱)، ۱۰۹-۹۸. http://journal.icns.org.ir/article-۶۲۰-۱-fa.html

ساریزاده، م.، رفیعی‌نیا، پ.، صباحی، پ.، و تمدن، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷، ۲۵۲-۲۴۱. http://journal.rums.ac.ir/article-1-3705-fa.html

عسکری، ز.، طحان، م.، و آهنگری، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سندرم آشیانه خالی. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۶(۵)، ۵۹۱-۵۸۵. http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3824-fa.html

عشوندی، خ.، امینی، ش.، مقیم‌بیگی، ع.، و صادقیان، ع. (۱۳۹۶). تأثیر برنامه مراقبت معنوی بر اضطراب مرگ بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مرحله انتهایی تحت همودیالیز: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *حیات*، ۲۳ (۴)، ۳۴۴-۳۳۲. http://hayat.tums.ac.ir/article-۲۱۲۱-۱-fa.html

علیاری خانشان وطن، ف.، احدی، ح.، کلهرنیا گل کار، م.، و صداقت، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اضطراب و تحمل پریشانی بیماران عروق کرونر قلبی. *توانبخشی در پرستاری*، ۸(۳)، ۶۵-۵۴. https://doi.org/10.22034/IJRN.8.3.54

عیسی‌زادگان، ع.، شیخی، س.، حافظنیا، م.، و کارگری، ب. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوءمصرف مواد. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۲۶(۱)، ۸۰-۷۴. http://umj.umsu.ac.ir/article-۲۷۲۳-۱-fa.html

فریبرزی، ف.، و خضری، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیتز ندگی زنان مبتلا به لوپوس در شهر شیراز. *سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره ، تعلیم و تربیت، تهران*. https://civilica.com/doc/1197284

کلباسی، ر.، حاتمی، م.، صیرفی، م.، حاکمی، م.، و ثابت، م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد بر کیفیت زندگی و نوسانات شاخص فشارخون بیماران همودیالیز. *ابن سینا*، ۲۳(۱)، ۳۴-۲۵. http://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-۹۳۷-۱-fa.html

ملک‌پور گلسفیدی، ز.، نصرالهی، ب.، و دارندگان، کیوان. (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با بیماری‌های قلبی عروقی بعد از عمل جراحی قلب. نشریه جراحی ایران، ۲۵(۲)، ۶۱-۵۴.

منتظری، ع.، گشتاسبی، ا.، و وحدانی نیام. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. ، *پایش*، ۵(۱)، ۵۶-۴۹. http://payeshjournal.ir/article-1-756-fa.html

نصیری، ص.، قربانی، م.، و ادیبی، پ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش. *روان شناسی بالینی*، ۷(۴)، ۱۰۵-۹۳. https://doi: 10.22075/jcp.2017.2221

یوسفی، ن.، محمدی، ف.، عزیزی، ا.، و شمس اسفند آبادی، ر. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده. *روان شناسی بالینی*، ۱۱(۳)، ۱۱۲-۱۰۱. https://doi: 10.22075/jcp.2020.16811.1595

Almén, N. (2021). A cognitive behavioral model Proposing that clinical burnout may maintain itself. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(7), 3446.https://doi: 10.3390/ijerph18073446.

Hayes, SC., Pistorello, J., & Levin, ME. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The counseling psycholo*gist. 40(7),976-1002. https://doi:10.1177/0011000012460836

Hinkle, JL., & Cheever, KH. (2018). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing:* Wolters kluwer india Pvt Ltd.

Lorenzo-Luaces, L., Keefe, JR., & DeRubeis, RJ. (2016). Cognitive-Behavioral Therapy: Nature and relation to non-cognitive behavioral therapy. *Behavior Therapy. 47*(6), 785-803. *https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.012*

McFarlane, FA., Allcott-Watson, H., Hadji-Michael, M., McAllister, E., Stark, D., Reilly, C., & et al. (2019). Cognitivebehavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: a case series. *European Journal of Paediatric Neurology. 23(2),* 317-28. *https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.12.002*

Peters, L., Romano, M., Byrow, Y., Gregory, B., McLellan, LF., Brockveld, K., & et al. (2019). Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders. 256,* 70-8. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042*

Ruano-Rodríguez, C., Serra-Majem, L., Dubois, D.(2015). Assessing the impact of dietary habits on health-related quality of life requires contextual measurement tools. *Front Pharmacol*. 6, 101-112. https://doi: 10.3389/fphar.2015.00101. eCollection 2015.

Shortis, E., Warrington, D., & Whittaker, P. (2020). The efficacy of cognitive behavioral therapy for the treatment of antenatal depression: A systematic review. *Journal of affective disorders.272,*485-95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.067

Ware, JE., & Sherbourne, CD.(1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30, 473–83. https://www.jstor.org/stable/3765916

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1402.12.3.7.5]