



Journal Website

Article history:
Received 20 February 2026
Revised 22 June 2026
Accepted 29 June 2026
Initial Publication 26 July 2026
Final Publication 21 March 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 1, pp 1-19



E-ISSN: 2981-1759

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cardiac Anxiety and Psychological Flexibility in Patients with Coronary Artery Disease with a Family History of Heart Disease

Mahrokh. Ajorloo^{1*} 

¹ Department of Clinical Psychology, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

* Corresponding author email address: psycholog.moon@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Ajorloo, M. (2027). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cardiac Anxiety and Psychological Flexibility in Patients with Coronary Artery Disease with a Family History of Heart Disease. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(1), 1-19.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in reducing cardiac anxiety and improving psychological flexibility among patients with coronary artery disease with a family history of heart disease.

Methodology: This quasi-experimental study used a pretest, posttest, and follow-up design with a control group. The statistical population consisted of patients with coronary artery disease who had a family history of heart disease and referred to Imam Hossein Hospital. Thirty eligible patients were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received an eight-session Acceptance and Commitment Therapy intervention, whereas the control group received no psychological intervention. Data were collected using the Cardiac Anxiety Questionnaire and the Acceptance and Action Questionnaire-II. The data were analyzed after testing statistical assumptions, using repeated-measures analysis of variance.

Findings: The multivariate test results indicated a significant effect of time on the study variables, with an eta squared value of 0.813. The interaction effect of time and group was also significant, with an eta squared value of 0.780. The within-group and between-group analyses showed that the effects of group, time, and the time × group interaction were significant for both cardiac anxiety and psychological flexibility. Bonferroni post hoc comparisons further indicated significant differences between pretest and posttest scores and between pretest and follow-up scores for both variables, confirming the effectiveness and persistence of the intervention effects over time.

Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy appears to be an effective complementary psychological intervention for reducing cardiac anxiety and enhancing psychological flexibility in patients with coronary artery disease who have a family history of heart disease.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, cardiac anxiety, psychological flexibility, coronary artery disease, family history of heart disease

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Coronary artery disease is one of the most clinically significant cardiovascular conditions, not only because of its physiological burden but also because of its psychological, behavioral, and familial implications. Patients with coronary artery disease often experience persistent concerns about cardiac symptoms, physical vulnerability, treatment adherence, and the possibility of recurrent cardiac events. These concerns may become more intense among individuals with a family history of heart disease, because previous exposure to illness, disability, or sudden cardiac events in relatives can heighten perceived threat and strengthen catastrophic interpretations of bodily sensations. Recent evidence has increasingly emphasized that cardiac care should not be limited to biomedical management, but should also include psychological interventions that address anxiety, emotional regulation, adherence, quality of life, and self-management in cardiac populations ([Helmark et al., 2026](#); [Lambert et al., 2026](#); [Liu et al., 2026](#); [Varela et al., 2026](#)). Within this framework, cardiac anxiety is a particularly important psychological outcome. It is characterized by fear of cardiac-related sensations, excessive attention to bodily changes, avoidance of physical activity, and persistent worry about heart health. Studies have shown that cardiac anxiety can appear in different clinical and crisis-related contexts and can influence how patients and families interpret chest pain, seek care, and respond to medical reassurance ([Karataş & Tosun, 2026](#); [Michelson et al., 2026](#)).

Psychological flexibility has emerged as a central construct in explaining adaptive adjustment to chronic disease and psychological distress. It refers to the capacity to remain in contact with the present moment, accept difficult internal experiences, and behave in accordance with personally meaningful values despite the presence of unpleasant thoughts, emotions, or bodily sensations. In contrast, psychological inflexibility is associated with experiential avoidance, cognitive fusion, reduced behavioral engagement, and greater distress. Contemporary research has highlighted psychological flexibility as a transdiagnostic construct that links cognitive, emotional, behavioral, and well-being outcomes across clinical and non-clinical populations ([Borghesi & Cipresso, 2026](#); [Ning et al., 2026](#); [Yıldırım et al., 2026](#)). In cardiovascular populations, psychological inflexibility has been associated with distress and health-related quality of life, while specific flexibility processes have been shown to differentially predict anxiety, depression, and well-being during cardiac rehabilitation ([Habibović et al., 2025](#); [Spatola et al., 2025](#)). Similarly, perceived stress, anxiety, depression, and psychological flexibility have been found to be interrelated in patients after acute myocardial infarction, indicating the clinical relevance of these processes for cardiac adjustment ([Polat et al., 2025](#)). Studies in other chronic illness groups also support the role of flexibility-related processes in psychological well-being, self-compassion, and adaptation to long-term health challenges ([Gomaa Abdelrasheed et al., 2026](#); [Panton et al., 2026](#)).

Acceptance and Commitment Therapy is a third-wave behavioral intervention designed to increase psychological flexibility through acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action. Rather than directly attempting to eliminate anxiety or replace negative thoughts, this approach helps patients change their relationship with internal experiences and engage in valued behavior even in the presence of distress. Its transdiagnostic applicability has been documented in emotional and anxiety-related conditions ([Howard et al., 2026](#)). In cardiac populations, Acceptance and Commitment Therapy is increasingly considered a promising approach for improving self-management behaviors and psychological flexibility, including in digital intervention formats ([Moran et al., 2022](#)). Moreover, integrated psychological care for inherited cardiac conditions has highlighted the relevance

of interventions such as cognitive-behavioral therapy and Acceptance and Commitment Therapy in multidisciplinary cardiac practice (Varela et al., 2026). Patient-centered research after cardiac events has also emphasized the importance of designing interventions that reflect patients' lived experiences, emotional concerns, and difficulties returning to everyday life (Maukel, Tulloch, et al., 2026). In addition, research on affect regulation in cardiac rehabilitation has identified emotional regulation as a key opportunity for improving cardiovascular health and rehabilitation outcomes (Maukel, Coutinho, et al., 2026). Since adherence to treatment in vascular and cardiac conditions is influenced by psychological, familial, and healthcare-related factors, interventions that reduce avoidance and enhance value-based engagement may have important clinical implications (Lampridou et al., 2026). Furthermore, exercise-based and rehabilitation studies demonstrate that anxiety, depression, walking capacity, and quality of life are interconnected outcomes in cardiac rehabilitation settings (Ndobo et al., 2026; Sever et al., 2026). Mindfulness-related processes have also been linked with psychological distress in patients with coronary heart conditions, supporting the relevance of present-moment awareness in this population (Tamannaiefar et al., 2026). Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on cardiac anxiety and psychological flexibility in patients with coronary artery disease with a family history of heart disease.

Methods and Materials:

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments and a control group. The statistical population included patients with coronary artery disease who had a family history of heart disease and referred to Imam Hossein Hospital during the study period. Based on the design and intervention requirements, 30 eligible patients were selected through convenience sampling after initial screening and were then randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Inclusion was based on diagnosis of coronary artery disease, presence of a family history of heart disease, willingness to participate in the intervention, and ability to complete the study instruments. The experimental group received an Acceptance and Commitment Therapy intervention in eight structured sessions. The control group received no psychological intervention during the study period. The intervention sessions focused on establishing therapeutic rapport, explaining the treatment rationale, identifying ineffective control strategies, introducing creative hopelessness, promoting acceptance of difficult internal experiences, teaching cognitive defusion, strengthening present-moment awareness, clarifying personal values, and developing committed action plans. Data were collected using the Cardiac Anxiety Questionnaire and the Acceptance and Action Questionnaire-II. The Cardiac Anxiety Questionnaire assessed anxiety specifically related to cardiac symptoms, including fear, avoidance, and attention to bodily sensations. The Acceptance and Action Questionnaire-II was used to assess psychological flexibility and experiential avoidance, with scoring adjusted to reflect the level of psychological flexibility. Data were analyzed using assumption tests and repeated-measures analysis of variance to examine changes across time and between groups.

Findings:

The preliminary analyses showed that the study variables were generally appropriate for repeated-measures analysis. The Shapiro–Wilk test supported the normality assumption for cardiac anxiety and psychological flexibility across the pretest, posttest, and follow-up stages in both groups. Levene's test indicated that the homogeneity of error variance assumption was met for both variables at the measurement stages. The multivariate test results showed that the effect of time was significant for the study variables,

with an eta squared value of 0.813. In addition, the time $\times$ group interaction effect was significant, with an eta squared value of 0.780. These results indicated that changes over time differed significantly between the experimental and control groups. The within-subjects and between-subjects analyses further showed significant effects of group, time, and the time $\times$ group interaction for both cardiac anxiety and psychological flexibility. For cardiac anxiety, the group effect, time effect, and time $\times$ group interaction were all statistically significant, indicating a significant reduction in cardiac anxiety among participants who received Acceptance and Commitment Therapy compared with the control group. For psychological flexibility, the group effect, time effect, and time $\times$ group interaction were also statistically significant, indicating a significant improvement in psychological flexibility in the experimental group compared with the control group. Bonferroni post hoc comparisons showed significant differences between pretest and posttest scores and between pretest and follow-up scores for both cardiac anxiety and psychological flexibility. These findings confirmed the effectiveness of the intervention and suggested that the treatment effects were maintained during the follow-up phase. The pattern of mean changes showed that cardiac anxiety decreased in the experimental group after the intervention and remained reduced at follow-up, whereas the control group showed no meaningful change. Similarly, psychological flexibility increased in the experimental group after the intervention and remained higher at follow-up, while the control group demonstrated minimal change across the measurement stages.

Discussion and Conclusion:

The findings of this study indicated that Acceptance and Commitment Therapy was effective in reducing cardiac anxiety and increasing psychological flexibility among patients with coronary artery disease who had a family history of heart disease. The reduction in cardiac anxiety can be explained by the central mechanisms of Acceptance and Commitment Therapy. Patients with a family history of heart disease may interpret bodily sensations such as palpitations, chest discomfort, fatigue, or shortness of breath as signs of imminent danger. Such interpretations can activate a cycle of fear, body monitoring, physiological arousal, and avoidance. Through acceptance and cognitive defusion, the intervention helped patients observe frightening thoughts and sensations without automatically treating them as objective threats or behavioral commands. As a result, participants likely became less fused with catastrophic interpretations of cardiac symptoms and more capable of tolerating bodily sensations without excessive avoidance or checking.

The improvement in psychological flexibility also reflects the core purpose of the intervention. By practicing present-moment awareness, values clarification, and committed action, patients learned to shift their focus from controlling anxiety to engaging in meaningful life activities despite the presence of uncertainty and fear. This is especially important in coronary artery disease, where complete elimination of bodily discomfort or future health concerns may not be realistic. Instead, adaptive functioning depends on the patient's ability to accept difficult internal experiences while continuing health-promoting and value-based behaviors. The maintenance of treatment effects at follow-up suggests that the intervention influenced underlying psychological processes rather than producing only temporary symptom relief.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱ اسفند ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۱ تیر ۱۴۰۵

پذیرفته شده در تاریخ ۸ تیر ۱۴۰۵

اولین انتشار در تاریخ ۴ مرداد ۱۴۰۵

انتشار نهایی در تاریخ ۱ فروردین ۱۴۰۶

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۶، شماره ۱، صفحه ۱۹-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

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

ماهرخ آجرلو^{۱*}

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

*ایمیل نویسنده مسئول: psycholog.moon@gmail.com

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

آجرلو، ماهرخ. (۱۴۰۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۱۹(۱)، ۱-۱۹.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اضطراب قلبی و پرسشنامه پذیرش و عمل، نسخه دوم، بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های پیش‌فرض آماری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج آزمون‌های چندمتغیری نشان داد اثر زمان بر متغیرهای پژوهش معنادار است و مقدار مجذور اتا برای اثر زمان ۰.۸۱۳ به دست آمد. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود و مجذور اتا برابر با ۰.۷۸۰ گزارش شد. نتایج تحلیل اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی نشان داد اثر گروه، اثر زمان و اثر تعاملی زمان × گروه برای اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی معنادار است. آزمون تعقیبی بنفرونی نیز نشان داد تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در هر دو متغیر معنادار است. **نتیجه‌گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی مکمل، موجب کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی شود.

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



مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی، به‌ویژه بیماری عروق کرونر قلب، از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان معاصر به شمار می‌روند و پیامدهای آن‌ها تنها به آسیب‌های جسمانی و اختلال در عملکرد قلب محدود نمی‌شود، بلکه دامنه وسیعی از مشکلات روان‌شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد. بیماری عروق کرونر قلب، به دلیل ماهیت مزمن، خطر عود، نیاز به مراقبت مستمر، محدودیت در فعالیت‌های روزمره و تهدید ادراک‌شده نسبت به حیات، می‌تواند زمینه‌ساز بروز اضطراب، افسردگی، اجتناب رفتاری، حساسیت بیش از حد نسبت به نشانه‌های بدنی و کاهش کیفیت زندگی شود. از سوی دیگر، در سال‌های اخیر رویکردهای نوین سلامت، بیماری قلبی را صرفاً یک اختلال زیستی تلقی نمی‌کنند، بلکه آن را پدیده‌ای چندبعدی می‌دانند که در تعامل میان عوامل زیستی، روانی، خانوادگی و اجتماعی شکل می‌گیرد (Lambert et al., 2026; Liu et al., 2026; Maukel, Tulloch, et al., 2026; Varela et al., 2026). بر همین اساس، توجه به وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی، به‌ویژه بیمارانی که دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی هستند، ضرورتی اساسی در طراحی مداخلات جامع درمانی محسوب می‌شود. سابقه خانوادگی بیماری قلبی می‌تواند علاوه بر افزایش آسیب‌پذیری زیستی، ادراک فرد از خطر، نگرانی درباره آینده، ترس از مرگ ناگهانی و توجه افراطی به علائم جسمانی را تشدید کند؛ بنابراین این گروه از بیماران ممکن است نسبت به سایر بیماران قلبی به حمایت روان‌شناختی هدفمندتری نیاز داشته باشند (Polat et al., 2025; Sever et al., 2026; Varela et al., 2026).

یکی از متغیرهای مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی، اضطراب قلبی است. اضطراب قلبی به مجموعه‌ای از ترس‌ها، نگرانی‌ها و رفتارهای اجتنابی گفته می‌شود که حول محور عملکرد قلب، نشانه‌های قلبی و احتمال وقوع رویدادهای تهدیدکننده حیات مانند سکته قلبی شکل می‌گیرد. بیمار مبتلا به اضطراب قلبی معمولاً نسبت به ضربان قلب، درد قفسه سینه، تنگی نفس، خستگی یا سایر تغییرات بدنی حساسیت زیادی پیدا می‌کند و این نشانه‌ها را به‌عنوان علامتی از خطر جدی تفسیر می‌نماید. چنین تفسیری می‌تواند چرخه‌ای معیوب ایجاد کند؛ به این معنا که توجه بیش از حد به بدن، موجب افزایش برانگیختگی فیزیولوژیک می‌شود و افزایش برانگیختگی نیز نشانه‌های جسمانی بیشتری تولید می‌کند و در نهایت اضطراب بیمار تشدید می‌گردد. مطالعات جدید نشان داده‌اند که اضطراب قلبی در جمعیت‌های مختلف، از سالمندان آسیب‌دیده در حوادث تا بیماران و مراقبان کودکان با درد قفسه سینه، می‌تواند نقش مهمی در تجربه بیماری، مراجعه مکرر به مراکز درمانی، کاهش اطمینان نسبت به سلامت بدن و اختلال در تصمیم‌گیری درمانی داشته باشد (Karataş & Tosun, 2026; Michelson et al., 2026). در بیماران دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی، این اضطراب ممکن است به دلیل مشاهده بیماری، ناتوانی یا مرگ یکی از اعضای خانواده تشدید شود و فرد علائم جسمانی خود را در چارچوب تجربه‌های خانوادگی پیشین تفسیر کند.

اضطراب قلبی تنها یک حالت هیجانی گذرا نیست، بلکه می‌تواند بر رفتارهای سلامت، پایبندی به درمان، مشارکت در بازتوانی قلبی و کیفیت زندگی اثر بگذارد. هنگامی که بیمار از افزایش ضربان قلب یا فعالیت بدنی می‌ترسد، ممکن است از ورزش، پیاده‌روی یا فعالیت‌های روزمره‌ای که برای بازتوانی قلبی ضروری هستند، اجتناب کند. این اجتناب، اگرچه در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهد، در بلندمدت موجب تضعیف ظرفیت جسمانی، کاهش اعتماد به بدن، افزایش وابستگی به اطرافیان و افت کیفیت زندگی می‌شود. شواهد مربوط به بازتوانی قلبی نشان می‌دهد که کاهش اضطراب و افسردگی می‌تواند با بهبود آمادگی راه‌رفتن و عملکرد جسمانی همراه باشد و برنامه‌های بازتوانی زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که ابعاد روان‌شناختی و هیجانی بیمار نیز در کنار مداخلات فیزیکی مورد توجه قرار گیرد (Ndobo et al., 2026; Sever et al., 2026). همچنین پژوهش‌های مرتبط با بازتوانی قلبی خانگی، بازتوانی مبتنی بر تله‌مدیسن و مراقبت‌های ساختاریافته نشان می‌دهد که بهبود پیامدهای بیماران قلبی نیازمند طراحی مداخلاتی است که نه‌تنها وضعیت جسمانی، بلکه اضطراب، افسردگی، خودمدیریتی



و مشارکت فعال بیمار در فرآیند درمان را نیز هدف قرار دهند (Lambert et al., 2026; Liu et al., 2026). از این منظر، مداخلات روان‌شناختی مکمل می‌توانند نقشی مهم در افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی و بازتوانی قلبی داشته باشند.

در کنار اضطراب قلبی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از سازه‌های محوری در تبیین سازگاری با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به توانایی فرد برای تماس آگاهانه با لحظه حال، پذیرش تجربه‌های درونی ناخوشایند و انتخاب رفتارهای همسو با ارزش‌های شخصی گفته می‌شود، حتی زمانی که افکار، احساسات یا حس‌های بدنی دردناک حضور دارند. در مقابل، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با اجتناب تجربی، درآمیختگی شناختی، تمرکز بیش از حد بر کنترل علائم و دور شدن از رفتارهای ارزشمند مشخص می‌شود. تحلیل‌های جدید در حوزه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داده‌اند که این سازه در دهه‌های اخیر به‌عنوان یکی از مفاهیم پیونددهنده شناخت، هیجان، رفتار و سلامت روان مطرح شده و ظرفیت بالایی برای تبیین پیامدهای روان‌شناختی در جمعیت‌های بالینی دارد (Borghesi & Cipresso, 2026). همچنین مطالعات مرتبط با بیماران قلبی نشان داده‌اند که انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی با پریشانی روانی و کیفیت زندگی مرتبط است و فرآیندهای انعطاف‌پذیری می‌توانند به‌طور متفاوتی اضطراب، افسردگی و بهزیستی بیماران را در جریان بازتوانی قلبی پیش‌بینی کنند (Habibović et al., 2025; Spatola et al., 2025). بنابراین، بررسی مداخلاتی که بتوانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب افزایش دهند، از نظر نظری و کاربردی اهمیت قابل توجهی دارد.

اهمیت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران قلبی زمانی بیشتر آشکار می‌شود که به ماهیت مزمن و تهدیدکننده بیماری توجه شود. بیمار قلبی ممکن است نتواند همه علائم جسمانی، نگرانی‌های آینده یا محدودیت‌های درمانی را حذف کند؛ اما می‌تواند رابطه خود را با این تجربه‌ها تغییر دهد. فردی که از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار است، می‌تواند حضور افکار اضطرابی مانند «ممکن است دوباره دچار حمله قلبی شوم» را تشخیص دهد، بدون آنکه الزاماً بر اساس آن‌ها رفتار کند. او می‌تواند نگرانی را تجربه کند، اما همچنان در فعالیت‌های ارزشمند مانند ارتباط با خانواده، مراقبت از سلامت، پیگیری درمان و مشارکت اجتماعی درگیر بماند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در ارتباط با سلامت روان، اضطراب، افسردگی، خودشفقتی و آسیب‌پذیری روانی نقش مهمی ایفا می‌کند و این نقش محدود به بیماران قلبی نیست، بلکه در جمعیت‌های گوناگون از بیماران مبتلا به سرطان تا نوجوانان و دانشجویان با تجربه‌های آسیب‌زا مشاهده شده است (Gomaa Abdelrasheed et al., 2026; Ning et al., 2026; Yildirim et al., 2026). این شواهد نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک سازه فراتشخیصی است که می‌تواند در بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی مختلف، زمینه‌ساز سازگاری بهتر و کاهش پریشانی باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که هدف اصلی آن افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرآیندهایی مانند پذیرش، ناهمجوشی شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه است. این رویکرد برخلاف برخی رویکردهای سنتی که بر کاهش مستقیم یا حذف محتوای افکار منفی تمرکز دارند، به فرد می‌آموزد که با افکار، احساسات و حس‌های بدنی دشوار رابطه‌ای متفاوت برقرار کند. در چارچوب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیمار قلبی یاد می‌گیرد که اضطراب، ترس از مرگ، خاطره بیماری اعضای خانواده یا نگرانی درباره آینده را به‌عنوان تجربه‌های درونی بپذیرد، بدون آنکه اجازه دهد این تجربه‌ها مسیر زندگی او را تعیین کنند. شواهد بالینی نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد فراتشخیصی برای مشکلات اضطرابی و هیجانی به کار رود و ظرفیت آن در کار با مشکلات پیچیده روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است (Howard et al., 2026). همچنین مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد در جمعیت‌های مبتلا به بیماری‌های مزمن، مانند نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، به‌عنوان رویکردی امکان‌پذیر و بالقوه مؤثر برای ارتقای سازگاری روان‌شناختی بررسی شده‌اند (Panton et al., 2026).



کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماری‌های قلبی، به‌ویژه در سال‌های اخیر، اهمیت بیشتری یافته است. مطالعات مربوط به مراقبت روان‌شناختی یکپارچه در بیماری‌های قلبی اثری نشان می‌دهد که رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند در بستر بالینی چندرشته‌ای مورد استفاده قرار گیرند و پاسخگوی نیازهای روان‌شناختی بیمارانی باشند که علاوه بر تهدید جسمانی، با نگرانی‌های خانوادگی و ژنتیکی نیز روبه‌رو هستند (Varela et al., 2026). از سوی دیگر، پژوهش‌هایی که به طراحی مداخلات روان‌شناختی پس از رویدادهای قلبی پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که صدای بیماران و تجربه زیسته آنان باید در طراحی برنامه‌های درمانی لحاظ شود؛ زیرا بیماران قلبی غالباً با احساس ناایمنی، نگرانی درباره تکرار رویداد، ابهام نسبت به آینده و دشواری در بازگشت به زندگی عادی مواجه هستند (Maukel, Tulloch, et al., 2026). در همین راستا، تنظیم هیجان و راهبردهای مدیریت عاطفه در بازتوانی قلبی نیز به‌عنوان حوزه‌ای مهم برای مداخله شناخته شده است، زیرا چگونگی مواجهه بیمار با هیجان‌های ناخوشایند می‌تواند بر پیامدهای قلبی، رفتارهای سلامت و کیفیت زندگی اثرگذار باشد (Maukel, Coutinho, et al., 2026). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آن جهت برای بیماران قلبی مناسب به نظر می‌رسد که به جای حذف کامل ترس، بر افزایش ظرفیت بیمار برای زیستن معنادار در حضور ترس تمرکز دارد.

در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور خاص بر سازوکارهایی اثر بگذارد که اضطراب قلبی را حفظ می‌کنند. نخست، از طریق پذیرش، بیمار می‌آموزد که احساسات ناخوشایند بدنی و هیجانی را بدون جنگیدن با آن‌ها تجربه کند. دوم، از طریق ناهمجوشی شناختی، فرد می‌تواند افکار فاجعه‌ساز درباره حمله قلبی، مرگ ناگهانی یا تکرار سرنوشت اعضای خانواده را صرفاً به‌عنوان «فکر» مشاهده کند، نه واقعیتی قطعی. سوم، از طریق تماس با لحظه حال، توجه بیمار از پایش مداوم بدن و نگرانی آینده به تجربه اکنون بازمی‌گردد. چهارم، از طریق روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، بیمار تشویق می‌شود که به‌رغم وجود اضطراب، فعالیت‌هایی را دنبال کند که برای او معنادار و سازنده هستند. این فرآیندها می‌توانند چرخه اجتناب، واری بدن و کاهش فعالیت را تضعیف کنند. مطالعات مرتبط با بیماران دچار انفارکتوس حاد میوکارد نیز نشان داده‌اند که استرس ادراک‌شده، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب با یکدیگر ارتباط دارند و توجه به این متغیرها در بیماران قلبی می‌تواند مسیرهای تازه‌ای برای مداخله فراهم کند (Polat et al., 2025). همچنین پژوهش‌های مربوط به ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلا به مشکلات کرونری نشان داده‌اند که فرآیندهای ذهن‌آگاهانه می‌توانند در رابطه میان عوامل روان‌شناختی و پریشانی نقش میانجی داشته باشند و این مسئله با منطق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم‌راستا است (Tamannaifar et al., 2026).

یکی دیگر از ابعاد مهم در درمان بیماران قلبی، پایبندی به درمان و خودمدیریتی بیماری است. بیماران مبتلا به بیماری‌های عروقی و قلبی اغلب با موانعی مانند ترس از فعالیت، ابهام نسبت به نشانه‌ها، بی‌اعتمادی نسبت به توان بدنی، مشکلات انگیزشی و نگرانی درباره عوارض درمان روبه‌رو هستند. مطالعات کیفی در بیماران مبتلا به بیماری شریان محیطی نشان داده‌اند که پایبندی به درمان تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، ارتباطی و نظام سلامت قرار دارد و نقش خانواده و متخصصان درمانی در تسهیل یا تضعیف پایبندی بسیار مهم است (Lampridou et al., 2026). در چنین شرایطی، مداخله‌ای که بتواند همزمان پذیرش تجربه‌های دشوار، افزایش تعهد به رفتارهای سلامت و کاهش اجتناب را هدف قرار دهد، می‌تواند برای بیماران دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی کارآمد باشد. افزون بر این، پژوهش‌های مربوط به مداخله دیجیتال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بزرگسالان مبتلا به بیماری قلبی نشان می‌دهد که این رویکرد برای بهبود رفتارهای خودمدیریتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران قلبی ظرفیت پژوهشی و کاربردی دارد (Moran et al., 2022). چنین شواهدی ضرورت بررسی تجربی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در گروه‌های خاص قلبی، از جمله بیماران مبتلا به عروق کرونر با سابقه خانوادگی، برجسته می‌سازد.



با وجود گسترش مطالعات مرتبط با بازتوانی قلبی، مراقبت روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هنوز خلأهایی در زمینه مداخلات هدفمند برای بیمارانی وجود دارد که علاوه بر ابتلا به عروق کرونر قلب، دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی هستند. بسیاری از پژوهش‌ها بر پیامدهای عمومی بیماری قلبی، اضطراب یا افسردگی تمرکز کرده‌اند، اما کمتر به این نکته پرداخته‌اند که تجربه خانوادگی بیماری قلبی چگونه می‌تواند ادراک خطر، اضطراب قلبی، پایش بدن و اجتناب رفتاری را تشدید کند. افزون بر این، مداخلات پزشکی و بازتوانی جسمانی، هرچند ضروری و بنیادین هستند، به‌تنهایی ممکن است برای پاسخ به ترس‌های عمیق و الگوهای اجتنابی بیماران کافی نباشند. برنامه‌های نوین پیشگیری و مداخله روان‌شناختی در بیماری‌های قلبی، از جمله مداخلات آنلاین و شخصی‌سازی‌شده، نشان می‌دهند که آینده مراقبت قلبی به سمت ادغام خدمات روان‌شناختی، رفتاری و جسمانی حرکت می‌کند (Helmark et al., 2026). بنابراین، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این جامعه هدف می‌تواند هم از نظر غنای ادبیات پژوهشی و هم از نظر توسعه مداخلات مکمل در محیط‌های بالینی قلب اهمیت داشته باشد.

بر اساس مبانی نظری و شواهد پژوهشی موجود، می‌توان انتظار داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق کاهش اجتناب تجربی، تعدیل درآمیختگی شناختی با افکار فاجعه‌آمیز، افزایش تماس با لحظه حال و تقویت اقدام متعهدانه، موجب کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی شود. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی بود.

مواد و روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی بود که به بیمارستان امام حسین(ع) در بازه اردیبهشت تا خرداد ماه در سال ۱۴۰۴ مراجعه کردند. حجم نمونه بر اساس ماهیت طرح‌های نیمه‌آزمایشی، تعداد ۳۰ بیمار تعیین شد. این افراد پس از غربالگری اولیه و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت در دسترس (داوطلبانه) بود. بدین ترتیب که از میان مراجعان واجد شرایط که تمایل به شرکت در مداخله درمانی داشتند، نمونه‌نهایی انتخاب گردید و سپس با استفاده از روش جایگزینی تصادفی در گروه‌های مورد نظر قرار گرفتند.

پرسشنامه اضطراب قلبی: این پرسشنامه توسط ایفرت و همکاران (۲۰۰۰) به منظور سنجش اضطراب اختصاصی مربوط به سلامت قلب طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۸ گویه است که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۰ تا همیشه=۴) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح اضطراب قلبی بیشتر در بیمار است. این پرسشنامه شامل سه مؤلفه «ترس» (ارزیابی ترس از علائم قلبی)، «اجتناب» (بررسی میزان اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی و محرک‌ها) و «توجه» (میزان واریسی علائم بدنی و ضربان قلب) می‌باشد (اسپاتولا و همکاران، ۲۰۲۵). روایی این ابزار در پژوهش‌های داخلی و خارجی از طریق روایی سازه و همگرا تأیید شده است. در ایران، پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده که نشان‌دهنده هماهنگی درونی مطلوب این ابزار است.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم: این پرسشنامه توسط باند و همکاران (۲۰۱۱) جهت سنجش سازه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربه‌ای تدوین شده است. این ابزار دارای ۷ گویه است که آزمودنی بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (از همیشه



درست است=۷ تا هرگز درست نیست=۱) به آن‌ها پاسخ می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به گونه‌ای است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر (یا اجتناب تجربه‌ای بیشتر) است، اما در تحلیل‌های آماری معمولاً با معکوس‌سازی نمرات، میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سنجیده می‌شود. این مقیاس تک‌عاملی بوده و فاقد خرده‌مقیاس مجزا است. روایی سازه آن از طریق همبستگی با سایر ابزارهای سلامت روان احراز شده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ گزارش شده و در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی آن برای استفاده در جوامع بالینی مطلوب ارزیابی شده است.

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر بود. جلسه اول: به برقراری اتحاد درمانی، آشنایی با مراجع، گرفتن تاریخچه بیماری و تبیین منطق درمانی اختصاص یافت. در این جلسه، مفهوم درمان ACT و تفاوت آن با درمان‌های سنتی توضیح داده شد و قراردادهای مربوط به جلسات و محرمانگی منعقد گردید. جلسه دوم: بر مفهوم «درماندگی خلاق» تمرکز داشت. در این جلسه، ناکارآمدی تلاش‌های قبلی بیمار برای کنترل اضطراب قلبی و علائم جسمی بررسی شد و با استفاده از استعاره‌هایی نظیر «گودال و بیل»، به بیمار تفهیم شد که تلاش‌های وسواسی برای حذف اضطراب، خود به بخشی از مشکل تبدیل شده است. جلسه سوم: هدف اصلی، جایگزینی «کنترل» با «پذیرش» بود. در این جلسه به بیماران آموزش داده شد که به جای جنگیدن با احساسات ناخوشایند ناشی از سابقه خانوادگی و ترس از مرگ، آن‌ها را به عنوان تجربیات درونی گذرا مشاهده کنند. استعاره «مهمان ناخوانده» برای درک بهتر مفهوم پذیرش به کار گرفته شد. جلسه چهارم: به تکنیک‌های «ناهمجوشی شناختی» اختصاص یافت. در این جلسه، بیماران یاد گرفتند که بین خود و افکار فاجعه‌بارشان (مانند فکر "من حتماً سگته می‌کنم") فاصله ایجاد کنند. با تمریناتی نظیر «برچسب زدن به افکار»، به آن‌ها آموزش داده شد که افکار فقط کلماتی در ذهن هستند و لزوماً واقعیت عینی یا دستورالعمل اجرایی محسوب نمی‌شوند. جلسه پنجم: بر مؤلفه «خود به عنوان زمینه» و «تماس با لحظه حال» تمرکز شد. از طریق تمرینات ذهن‌آگاهی و استعاره «آسمان و آب‌وهوا»، بیماران یاد گرفتند که خود را به عنوان فضایی وسیع در نظر بگیرند که افکار و دردها مانند ابرها از آن عبور می‌کنند، بدون آنکه به اصل وجودی آن‌ها آسیبی برسانند. جلسه ششم: به «شفاف‌سازی ارزش‌ها» پرداخته شد. در این جلسه، بیماران به شناسایی آنچه در زندگی‌شان واقعاً اهمیت دارد (مانند خانواده، رشد فردی یا معنویت) ترغیب شدند. تفاوت بین «ارزش» (جهت حرکت) و «هدف» (مقصد نهایی) تبیین شد تا بیمار با وجود بیماری قلبی، معنای زندگی خود را دوباره تعریف کند. جلسه هفتم: بر «اقدام متعهدانه» تمرکز داشت. در این مرحله، اهداف عملی و گام‌های کوچک در جهت ارزش‌های شناسایی‌شده تعیین گردید. بیماران متعهد شدند که با وجود داشتن اضطراب قلبی، فعالیت‌های ارزشمند خود را از سر بگیرند و اجازه ندهند ترس، مانع از حرکت آن‌ها به سوی زندگی باکیفیت شود. جلسه هشتم: جلسه نهایی به جمع‌بندی مطالب، بررسی دستاوردها و مرور تکنیک‌های آموخته‌شده اختصاص یافت. در این جلسه، بر تداوم تمرینات در زندگی روزمره تأکید شد و با انجام پس‌آزمون و دریافت بازخورد از بیماران، فرآیند مداخله به پایان رسید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده

گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر ۳۰ بیمار مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی (۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه آزمون) مورد بررسی قرار گرفت.



جدول ۱

مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	گروه آزمایش	SD	میانگین	گروه کنترل	SD	میانگین
اضطراب قلبی	موقعیت					
	پیش آزمون	۱۶۸/۷۴	۱/۵۴	۱۶۸/۶۶	۵/۹۰	
	پس آزمون	۷۶/۸۰	۲/۵۲	۱۶۸/۴۰	۸/۴۸	
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیگیری	۷۵/۱۴	۴/۱۵	۱۶۸/۹۱	۵/۷۰	
	پیش آزمون	۷۸/۰۵	۲/۹	۷۸/۲۳	۲/۴۶	
	پس آزمون	۱۳۷/۳۷	۲/۰۱	۷۵/۶۵	۳/۳۶	
	پیگیری	۱۳۰/۸	۱/۹۴	۷۶/۴۲	۱/۲۱	

نتایج جدول (۱) نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت محسوسی مشاهده نمی‌شود همچنین بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمون نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تایید می‌کند. سایر یافته‌ها در جدول (۲) نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای «اضطراب قلبی» و «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» در حالت پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل به ترتیب کاهش و افزایش یافته است که می‌تواند حاکی از اثر بخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد (جدول ۲).

جدول ۲

نتایج آزمون شاپیرو-ویلکس به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر وابسته	گروه آزمایش	آماره	Sig.	گروه کنترل	آماره	Sig.
اضطراب قلبی	موقعیت					
	پیش آزمون	۰/۹۳	۰/۳۶۶	۰/۹۵	۰/۶۸۶	
	پس آزمون	۰/۸۸	۰/۰۷۷	۰/۹۳	۰/۳۴۴	
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیگیری	۰/۸۵	۰/۰۳۴	۰/۹۴	۰/۴۴۷	
	پیش آزمون	۰/۹۵	۰/۶۸۳	۰/۸۸	۰/۰۹۵	
	پس آزمون	۰/۹	۰/۱۸	۰/۸۱	۰/۰۵۱	
	پیگیری	۰/۹۲	۰/۳	۰/۸۶	۰/۰۶۳	

نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در جدول (۲) نشان می‌دهد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در موقعیت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > ۰/۰۵$). نتایج جدول (۳) نشانگر همگن بودن دو گروه در مرحله پیش آزمون می‌باشد و همچنین یافته‌ها در جدول (۴) نشان داد متغیرهای وابسته از توزیع نرمال برخوردار هستند بنابراین جهت بررسی اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های تحلیل واریانس اندازه گیری تکراری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی



مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ($P < 0/001$ ، $5/458$ = $F_{6, 350.67}$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه‌ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که برای متغیرهای اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی 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 قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برقرار است ($P > 0/05$). نتایج این تحلیل در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳

نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا

مؤلفه ها	حالت	آماره لون	Df _۱	Df _۲	Sig.
اضطراب قلبی	پیش آزمون	۲/۳۶	۱	۲۲	۰/۱۳۸
	پس آزمون	۳/۸۹	۱	۲۲	۰/۰۶۱
	پیگیری	۲/۵۵	۱	۲۲	۰/۱۲۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش آزمون	۳/۰۱	۱	۲۲	۰/۰۹۶
	پس آزمون	۳/۲۵	۱	۲۲	۰/۰۸۵
	پیگیری	۲/۸۲	۱	۲۲	۰/۱۰۷

نتایج آزمون‌های چند متغیری در جدول (۴) نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در عامل زمان ($0/813$ = مجذور اتا، $F = 45/61$ ، $P < 0/001$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($0/78$ = مجذور اتا، $F = 37/32$ ، $P < 0/001$) معنی دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می‌باشد.

جدول ۴

نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

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



جدول ۵

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

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجذور	F	Sig	مجذور اتا
اضطراب قلبی	گروه	۴۱۰۱/۰۳	۱	۴۱۰۱/۰۳	۷۸۱۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷
	زمان	۲۵۵۹/۰۷	۲	۱۲۷۹/۵۳	۴۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
	زمان × گروه	۲۱۱۸/۶۸	۲	۱۰۵۹/۳۴	۳۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	گروه	۱۲۴۰/۳۹	۱	۱۲۴۰/۳۹	۳۰۸۳/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	زمان	۱۰۴۱/۶۶	۲	۵۲۰/۸۳	۲۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	زمان × گروه	۱۲۸۰/۰۳	۲	۶۴۰/۰۱	۳۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶

نتایج آزمون اثر بین گروهی در جدول (۶) نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر اضطراب قلبی ($F=۸۳۲۷/۲$, $P<۰/۰۰۱$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F=۳۰۸۳/۴$, $P<۰/۰۰۱$) تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. نتایج آزمون اثر درون گروهی نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب قلبی ($F=۷۴۵۱/۹$, $P<۰/۰۰۱$) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($P<۰/۰۰۱$)، $F=۲۵/۳۵$ 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 مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد مورد بررسی است و مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش میزان اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. پس از اینکه اثرات زمان، گروه و تعاملی معنادار شد در ادامه به کمک آزمون تعقیبی بنفرونی سه حالت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو به دو به تفکیک هر متغیر مقایسه و تحلیل گردید که نتایج حاصل در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت بررسی اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی زمان

مقایسه	اضطراب قلبی			انعطاف‌پذیری روان‌شناختی		
	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.
پیش آزمون - پس آزمون	۱۴/۶۰	۱/۴۹	۰/۰۰۱	۸/۱۳	۱/۳۳	۰/۰۰۱
پس آزمون - پیگیری	۴/۴۲	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱/۱۴	۰/۹۳
پیش آزمون - پیگیری	۷/۱۷	۱/۵۹	۰/۰۰۱	۸/۰۰۳	۱/۴۲	۰/۰۰۱

یافته‌ها در جدول (۶) نشان می‌دهد بین پیش آزمون-پس آزمون در دو متغیر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$) به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می‌گیرد. همچنین بین پیش آزمون-پیگیری نیز در هر سه متغیر تفاوت معنادار وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$) به عبارت دیگر اثر زمان مورد تایید قرار می‌گیرد. بین پس آزمون و پیگیری در دو متغیر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$).



بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب قلبی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه بر متغیرهای پژوهش معنادار بوده است؛ به این معنا که تغییرات مشاهده‌شده در گروه آزمایش، صرفاً ناشی از گذر زمان یا نوسان طبیعی نمرات نبوده، بلکه با دریافت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارتباط داشته است. یافته‌ها نشان داد که نمرات اضطراب قلبی در گروه آزمایش پس از مداخله به‌طور معناداری کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. همچنین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافت و مقایسه‌های تعقیبی نیز نشان داد که تفاوت میان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری در متغیرهای مورد بررسی معنادار بوده است. این نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی مؤثر در کاهش اضطراب متمرکز بر قلب و ارتقای ظرفیت روان‌شناختی بیماران برای مواجهه سازگارانه با بیماری قلبی به کار گرفته شود.

در تبیین کاهش اضطراب قلبی می‌توان گفت که بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب، به‌ویژه افرادی که دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی هستند، معمولاً نشانه‌های جسمانی خود را با حساسیت و تهدید بیشتری تفسیر می‌کنند. مشاهده بیماری، حمله قلبی، ناتوانی یا مرگ در اعضای خانواده می‌تواند نوعی حافظه هیجانی و الگوی شناختی تهدیدمحور ایجاد کند که در آن هرگونه تپش قلب، درد قفسه سینه، تنگی نفس یا خستگی به‌عنوان نشانه‌ای از خطر قریب‌الوقوع تفسیر می‌شود. این الگو با مفهوم اضطراب قلبی همخوان است؛ زیرا اضطراب قلبی نه تنها شامل نگرانی ذهنی درباره سلامت قلب، بلکه شامل اجتناب از فعالیت، پایش افراطی بدن و ترس از پیامدهای فاجعه‌آمیز علائم قلبی است. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که اضطراب مرتبط با قلب می‌تواند در موقعیت‌های مختلف بالینی و بحرانی شدت یابد و بر نحوه تجربه علائم، مراجعه درمانی و اطمینان بیمار نسبت به سلامت خود اثر بگذارد (Karataş & Tosun, 2026; Michelson et al., 2026). بنابراین، کاهش معنادار اضطراب قلبی در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از آن دانست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک کرده است تا رابطه خود را با نشانه‌های بدنی و افکار فاجعه‌ساز تغییر دهند، نه اینکه الزاماً در پی حذف کامل آن‌ها باشند.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیمار می‌آموزد که افکار اضطرابی مانند «ممکن است دچار حمله قلبی شوم» یا «سرنوشت من مانند یکی از اعضای خانواده‌ام خواهد شد» را به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند، نه واقعیت‌هایی قطعی یا دستورهای برای رفتار. این فرایند که در قالب ناهمجوشی شناختی تبیین می‌شود، می‌تواند چرخه اضطراب قلبی را تضعیف کند؛ زیرا بیمار به جای درآمیختگی با فکر تهدیدآمیز، میان خود و محتوای ذهنی فاصله ایجاد می‌کند. از سوی دیگر، تکنیک‌های پذیرش باعث می‌شوند بیمار احساسات ناخوشایند، ترس، نگرانی و نشانه‌های بدنی را بدون اجتناب یا مبارزه افراطی تجربه کند. این تبیین با یافته‌هایی همسو است که نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و اجتناب تجربی را در اضطراب، افسردگی و پریشانی بیماران قلبی برجسته کرده‌اند (Habibović et al., 2025; Spatola et al., 2025). همچنین در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد، رابطه میان استرس ادراک‌شده، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی نشان داده شده است که بیانگر اهمیت سازوکارهای روان‌شناختی در سازگاری پس از رویدادهای قلبی است (Polat et al., 2025). بر این اساس، کاهش اضطراب قلبی در گروه آزمایش احتمالاً نتیجه کاهش اجتناب تجربی، کاهش درآمیختگی شناختی با افکار تهدیدآمیز و افزایش توانایی بیمار برای تحمل تجربه‌های درونی دشوار بوده است.



یافته دوم پژوهش، افزایش معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش بود. این نتیجه از نظر نظری با ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاملاً همخوان است؛ زیرا هدف اصلی این درمان افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد امکان می‌دهد که در حضور افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی ناخوشایند، همچنان رفتارهایی را انتخاب کند که با ارزش‌های شخصی او هماهنگ هستند. در بیماران قلبی، این توانایی اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا بیماری مزمن قلبی معمولاً با عدم قطعیت، ترس از آینده، محدودیت‌های جسمانی و نیاز به مراقبت مداوم همراه است. یافته‌های پژوهش‌های جدید نیز نشان می‌دهند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک سازه چندبعدی و فراتشخیصی است که با شناخت، هیجان، رفتار و سلامت روان ارتباط دارد و می‌تواند چارچوبی مهم برای فهم سازگاری در شرایط دشوار فراهم کند (Borghesi & Cipresso, 2026). همسو با این دیدگاه، پژوهش‌هایی در جمعیت‌های غیرقلبی نیز نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با بهزیستی، خودشفقتی، کاهش آسیب‌پذیری روانی و پیامدهای سلامت روان ارتباط دارد (Gomaa Abdelrasheed et al., 2026; Ning et al., 2026; Yildirim et al., 2026). بنابراین، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران پس از مداخله توانسته‌اند به جای محدود شدن در ترس‌ها و نشانه‌های بیماری، ظرفیت بیشتری برای پذیرش وضعیت، بازگشت به ارزش‌ها و انجام رفتارهای سازگارانه پیدا کنند.

افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در این مطالعه را می‌توان از طریق مؤلفه‌های اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین کرد. تماس با لحظه حال به بیماران کمک کرد تا از نشخوار درباره تجربه‌های خانوادگی بیماری قلبی یا نگرانی درباره رویدادهای آینده فاصله بگیرند و توجه خود را به تجربه اکنون معطوف کنند. روشن‌سازی ارزش‌ها به آنان امکان داد که زندگی خود را تنها در محور بیماری تعریف نکنند و در عوض، به حوزه‌هایی مانند خانواده، استقلال، معنویت، مراقبت از خود و روابط اجتماعی توجه کنند. اقدام متعهدانه نیز به بیماران کمک کرد که حتی در حضور اضطراب، به رفتارهای سالم و ارزشمند بازگردند. این سازوکارها با شواهد مربوط به کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مشکلات هیجانی و بیماری‌های مزمن همخوان است (Howard et al., 2026; Panton et al., 2026). همچنین، پژوهش مربوط به مداخله دیجیتال مبتنی بر پذیرش و تعهد در بزرگسالان مبتلا به بیماری قلبی نشان داده است که این رویکرد ظرفیت بهبود خودمدیریتی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در بیماران قلبی دارد (Moran et al., 2022). بنابراین، یافته حاضر را می‌توان تأییدی بر کاربردپذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه روان‌شناسی سلامت و مراقبت قلبی دانست.

نتایج پژوهش حاضر با شواهد مربوط به ضرورت ادغام مراقبت روان‌شناختی در درمان بیماری‌های قلبی نیز همسو است. در سال‌های اخیر، توجه به مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی و بازتوانی جسمانی افزایش یافته است؛ زیرا اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجان و کیفیت زندگی می‌توانند بر روند بهبودی، پایبندی به درمان و پیامدهای عملکردی بیماران قلبی اثرگذار باشند. مطالعات مربوط به بازتوانی قلبی خانگی و برنامه‌های ساختاریافته مبتنی بر تله‌مدیسین نشان داده‌اند که مداخلات جامع می‌توانند در بهبود پیامدهای سلامت بیماران قلبی نقش داشته باشند، به‌ویژه زمانی که نشانه‌های اضطرابی و افسردگی نیز مورد توجه قرار گیرند (Lambert et al., 2026; Liu et al., 2026). همچنین یافته‌های مرتبط با بازتوانی قلبی مبتنی بر ورزش نشان می‌دهد که بهبود اضطراب و افسردگی می‌تواند با بهبود عملکرد جسمانی و توان راه‌رفتن همراه باشد (Ndobo et al., 2026; Sever et al., 2026). از این منظر، کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پژوهش حاضر می‌تواند پیامدهای فراتر از سطح روان‌شناختی داشته باشد و احتمالاً زمینه را برای مشارکت بهتر بیمار در برنامه‌های مراقبتی، کاهش اجتناب از فعالیت و افزایش پایبندی به توصیه‌های درمانی فراهم کند.

از سوی دیگر، یافته‌های این پژوهش در زمینه بیماران دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی اهمیت ویژه‌ای دارد. این گروه از بیماران ممکن است علاوه بر نگرانی درباره بیماری فعلی خود، با بار هیجانی ناشی از تجربه بیماری در خانواده نیز درگیر باشند. پژوهش‌های جدید



درباره مراقبت روان‌شناختی یکپارچه در بیماری‌های قلبی ارثی نشان می‌دهد که مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند در محیط‌های چندرشته‌ای برای پاسخ به نیازهای روان‌شناختی بیماران دارای زمینه خانوادگی و ژنتیکی به کار روند (Varela et al., 2026). همچنین مطالعاتی که بر طراحی مداخلات روان‌شناختی پس از رویدادهای قلبی تمرکز دارند، نشان داده‌اند که تجربه زیسته بیماران، احساس ناایمنی، نگرانی از عود و دشواری بازگشت به زندگی عادی باید در طراحی درمان لحاظ شود (Maukel, Tulloch, et al., 2026). از این نظر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر احتمالاً از آن جهت مؤثر بوده است که به جای تمرکز صرف بر کنترل علائم، به بیماران آموخته است چگونه با ترس، عدم قطعیت و خاطرات خانوادگی تهدیدکننده زندگی کنند و در عین حال، رفتارهای ارزشمند و مراقبتی خود را حفظ نمایند.

همچنین نتایج این مطالعه را می‌توان در ارتباط با تنظیم هیجان و پایبندی به درمان تبیین کرد. بیماران قلبی برای مدیریت بیماری خود نیازمند مجموعه‌ای از رفتارهای پایدار مانند مصرف منظم دارو، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی ایمن، مراجعه منظم به پزشک و توجه متعادل به علائم هستند. اضطراب قلبی شدید ممکن است این رفتارها را مختل کند؛ زیرا بیمار یا بیش از حد درگیر واری و نگرانی می‌شود یا از ترس مواجهه با علائم، از فعالیت‌ها و مراقبت‌های لازم اجتناب می‌کند. مطالعات مرتبط با تنظیم عاطفه در بازتوانی قلبی نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند بر سلامت قلبی و فرصت‌های مداخله اثرگذار باشند (Maukel, Coutinho, et al., 2026). افزون بر این، پژوهش‌های کیفی درباره موانع و تسهیل‌کننده‌های پایبندی به درمان در بیماران عروقی نشان می‌دهد که تجربه بیمار، حمایت خانواده، ارتباط با متخصصان و باورهای مرتبط با درمان نقش مهمی در رفتارهای سلامت دارند (Lampridou et al., 2026). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تأکید بر پذیرش، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، می‌تواند پلی میان کاهش پریشانی هیجانی و افزایش رفتارهای سلامت ایجاد کند.

نکته مهم دیگر آن است که در پژوهش حاضر اثرات مداخله در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. تداوم اثر درمان نشان می‌دهد که مداخله صرفاً موجب تغییر موقت در حالت هیجانی بیماران نشده، بلکه احتمالاً بر فرآیندهای زیربنایی‌تری مانند رابطه با افکار، شیوه مواجهه با اضطراب، پذیرش تجربه‌های بدنی و جهت‌گیری ارزشی اثر گذاشته است. این موضوع با ماهیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همخوان است؛ زیرا ACT به بیماران مهارت‌هایی آموزش می‌دهد که در موقعیت‌های مختلف زندگی قابل استفاده هستند. همچنین برنامه‌های پیشگیری و مداخلات شخصی‌سازی شده در بیماران قلبی نشان داده‌اند که توجه به نیازهای روان‌شناختی و ارائه مداخلات قابل تداوم می‌تواند در مراقبت از بیماران قلبی اهمیت داشته باشد (Helmark et al., 2026). بر این اساس، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نه تنها در کاهش علائم اضطرابی، بلکه در ایجاد نوعی ظرفیت پایدارتر برای مواجهه با بیماری و پیامدهای روانی آن نقش داشته است.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب قلبی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب دارای سابقه خانوادگی بیماری قلبی مؤثر است. این نتایج با مبانی نظری ACT و شواهد پژوهشی پیشین در زمینه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بیماری‌های قلبی، بازتوانی قلبی و مراقبت روان‌شناختی یکپارچه همسو است. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان نتیجه گرفت که بیماران قلبی دارای سابقه خانوادگی، علاوه بر درمان‌های پزشکی، نیازمند مداخلاتی هستند که ترس از علائم، اجتناب رفتاری، درآمیختگی با افکار فاجعه‌آمیز و کاهش کیفیت زندگی را هدف قرار دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش تجربه‌های درونی، ناهمجوشی شناختی، ذهن‌آگاهی، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، می‌تواند به بیماران کمک کند تا در عین پذیرش واقعیت بیماری، زندگی معنادارتر و فعال‌تری را دنبال کنند.

این پژوهش با وجود یافته‌های معنادار، با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه پژوهش محدود بود و شرکت‌کنندگان تنها از میان بیماران مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی انتخاب شدند؛ بنابراین تعمیم نتایج

به همه بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب باید با احتیاط انجام شود. دوم، روش نمونه‌گیری در دسترس ممکن است باعث ورود افرادی شده باشد که انگیزه بیشتری برای دریافت مداخله روان‌شناختی داشته‌اند. سوم، داده‌های پژوهش از طریق پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شد و ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، مطلوبیت اجتماعی یا برداشت فردی بیماران از وضعیت خود قرار گرفته باشد. چهارم، اگرچه مرحله پیگیری در پژوهش وجود داشت، اما مدت پیگیری محدود بود و برای ارزیابی پایداری بلندمدت اثرات درمان کافی نیست.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر، در چند مرکز درمانی و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی‌تر انجام شوند تا اعتبار بیرونی یافته‌ها افزایش یابد. همچنین بهتر است در کنار ابزارهای خودگزارشی، از شاخص‌های عینی و زیستی مانند تغییرپذیری ضربان قلب، سطح فعالیت بدنی، شاخص‌های التهابی، فشار خون و داده‌های مربوط به پایداری دارویی استفاده شود. انجام مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری شش ماهه و یک ساله می‌تواند به روشن‌تر شدن پایداری اثرات درمان کمک کند. همچنین مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند مشخص کند که کدام رویکرد برای بیماران قلبی دارای سابقه خانوادگی اثربخشی بیشتری دارد.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک مداخله مکمل در کنار درمان‌های پزشکی و برنامه‌های بازتوانی قلبی مورد استفاده قرار گیرد. مراکز قلب و عروق می‌توانند با همکاری روان‌شناسان سلامت، جلسات گروهی یا فردی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بیماران که اضطراب قلبی بالا یا سابقه خانوادگی بیماری قلبی دارند، طراحی و اجرا کنند. همچنین آموزش کوتاه‌مدت مفاهیم پذیرش، ذهن‌آگاهی، ناهمجوشی شناختی و اقدام متعهدانه به پرستاران و اعضای تیم درمان می‌تواند کیفیت ارتباط درمانی و حمایت روانی از بیماران را افزایش دهد. افزون بر این، تهیه کتابچه‌های آموزشی ساده برای بیماران و خانواده‌های آنان می‌تواند به کاهش باورهای فاجعه‌آمیز، تعدیل نگرانی‌های خانوادگی و افزایش مشارکت بیمار در مراقبت از سلامت قلب کمک کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.



References

- Borghesi, F., & Cipresso, P. (2026). Decades of research on cognitive, affective, behavioral, and psychological flexibility: A scientometric analysis of trends and knowledge clusters toward a shared definition of mental flexibility. *Heliyon*, 12(7). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2026.e44900>
- Gomaa Abdelrasheed, N. S., Petkov, I., Kaur, H., Sharma, A., Prasad, K. D. V., Nazarova, D., & Zwamel, A. H. (2026). Mediating role of self-compassion in the relationship between psychological flexibility and psychological well-being in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 31(2), 330-345. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2478660>
- Habibović, M., Leissner, P., Nyklíček, I., Widdershoven, J., & Olsson, E. (2025). Association between psychological inflexibility, distress and health-related quality of life in people with cardiovascular disease. *General Hospital Psychiatry*, 92, 95-99. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2024.12.018>
- Helmark, C., Skovbakke, S. J., Ahm, R., Brandes, A., Nielsen, J. C., Frostholt, L., & Pedersen, S. S. (2026). Prevention of depression in patients with atrial fibrillation using an online personalized intervention: The HOPE-AF feasibility study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, zvag125. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvag125>
- Howard, L. R., Earleywine, M., DeCount, T. A., & Forsyth, J. P. (2026). Acceptance and commitment therapy (ACT) for comorbid generalized anxiety disorder and premenstrual dysphoric disorder: A transdiagnostic approach. *Clinical Case Studies*, 25(3), 212-230. <https://doi.org/10.1177/15346501261421541>
- Karataş, G., & Tosun, N. (2026). Post-earthquake cardiac anxiety in the elderly. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 9(1), 33-38. <https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1745621>
- Lambert, J., Dibben, G., van Beurden, S. B., Bollen, J., Dalal, H., Blakemore, A., & Taylor, R. S. (2026). Impact of home-based cardiac rehabilitation in people with heart failure with elevated depressive and anxiety symptoms: A secondary analysis of the REACH-HF randomized trials. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(1), 186-192. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf196>
- Lampridou, S., Bolton Saghdou, L., Judah, G., Davies, A. H., & Wells, M. (2026). Barriers and facilitators to treatment adherence in patients with peripheral artery disease: A qualitative study of patients with PAD, relatives and healthcare professionals. *Patient Preference and Adherence*, 588692. <https://doi.org/10.2147/PPA.S588692>
- Liu, Y., Wang, X., Li, J., Huang, X., Yu, J., & Chen, M. (2026). Effects of personalized structured telemedicine-based exercise cardiac rehabilitation on health outcomes in patients with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, zvaf195. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf195>
- Maukel, L. M., Coutinho, T., Mulvagh, S., Madan, M., Pacheco, C., Bouchard, K., & Tulloch, H. (2026). From challenges to solutions: Patient insights inform psychological intervention design after spontaneous coronary artery dissection. *JACC: Advances*. <https://doi.org/10.1016/j.jacadv.2026.102792>
- Maukel, L. M., Tulloch, H., & Trudel-Fitzgerald, C. (2026). Affect regulation and cardiac rehabilitation: Common strategies, their impact on cardiovascular health, and opportunities for intervention. *Cardiology Clinics*, 44(2), 221-232. <https://doi.org/10.1016/j.ccl.2025.11.004>
- Michelson, A. T., Fulton, D. R., Toro-Salazar, O., Lipsitz, S., & Saleeb, S. F. (2026). Child and caretaker anxiety around pediatric chest pain: A case for cardiac evaluation using a standardized protocol. *Pediatric Cardiology*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00246-025-04103-0>
- Moran, O., Doyle, J., Giggins, O., McHugh, L., Gould, E., Smith, S., & Boyle, G. (2022). Efficacy of a digital acceptance and commitment therapy intervention for the improvement of self-management behaviors and psychological flexibility in adults with cardiac disease: Protocol for a single case experimental design. *Jmir Research Protocols*, 11(4), e33783. <https://doi.org/10.2196/33783>
- Ndobo, V., Ndava, A. T., Tsague, H., Owona, A., Nsangou, N., Yon, C. N., & Kuate, L. M. (2026). Supervised exercise-based cardiac rehabilitation program for lower-limb peripheral arterial disease: Effect on walking capacity, hemodynamic parameters, anxiety, depression, and quality of life in Cameroon. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 75(1), 101984.
- Ning, M., Chen, Q., Li, Y., & Huang, C. (2026). Psychological flexibility profiles and mental health among university students with left-behind experience: A latent profile analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 57(2), 456-466. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01720-3>
- Panton, K. R., Bebbington, K., Finlay-Jones, A., Bufacchi, T., Davey, M., Smith, M., & Fried, L. (2026). Acceptance and commitment therapy (ACT) intervention in adolescents with type 1 diabetes: A pilot and feasibility study. *Journal of Health Psychology*, 31(1), 416-428. <https://doi.org/10.1177/13591053251328961>



- Polat, E., Çiriş, Ş., Çelikbas, Z., & Chaudhry, A. (2025). Relationship between perceived stress level, psychological flexibility, depression, and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *Medicina*, 61(7), 1139. <https://doi.org/10.3390/medicina61071139>
- Sever, S., Harrison, A., & Doherty, P. (2026). Are clinical improvements in anxiety or depression associated with improvement in walking fitness following a cardiac rehabilitation programme? *Open Heart*, 13(1), e004051. <https://doi.org/10.1136/openhrt-2026-004051>
- Spatola, C. A., Rapelli, G., Goodwin, C. L., Cattivelli, R., Pietrabissa, G., Martino, G., & Castelnuovo, G. (2025). Psychological flexibility processes differentially predict anxiety, depression, and well-being throughout cardiac rehabilitation. *Journal of clinical medicine*, 14(14), 4937. <https://doi.org/10.3390/jcm14144937>
- Tamannaiefar, M., Eslami Bidgoli, F., & Daghigh, A. (2026). Mindfulness mediation: Insecure attachment and psychological distress among patients with coronary heart conditions. *Western Journal of Nursing Research*, 48(2), 153-161. <https://doi.org/10.1177/01939459251392445>
- Varela, V., Vlachopoulou, M., Miliou, A., Papageorgiou, C., Antonopoulos, A. S., Tsioufis, K., & Vlachopoulos, C. (2026). Integrated psychological care for inherited cardiac conditions: CBT and ACT in multidisciplinary clinical practice. *Journal of Health Service Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s42843-025-00147-1>
- Yıldırım, O., Batmaz, H., & Türk, N. (2026). Parallel mediation of psychological flexibility and vulnerability between multiple-screen addiction and mental health outcomes in adolescents. *BMC psychology*. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03856-w>