DOI: 10.22122/rbs.v16i2.1998 Published by Vesnu Publications

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی

شکوه ابن‌نصیر[1]، شهناز خالقی‌پور[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه در چارچوب طرح‌های تجربی از نوع مورد- منفرد بود. جامعه آماری را بیماران مبتلا به پرفشاری خون اولیه که در سال ۱۳۹۵ به یکی از مراکز بهداشتی- درمانی علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند و فشار خون سرخرگی آن‌ها بیشتر از ۱۴۰ بر ۹۰ میلی‌متر جیوه بود و بیماری آن‌ها توسط پزشک تأیید شده بود، تشکیل داد. بیماران سابقه بیماری قلبی و نارسایی کلیوی نداشتند و طبق نظر روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) و غربالگری با پرسش‌نامه بالینی چند محوری Millon-۳ (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III یا MCMI-III) در مقیاس ۲A، برای آن‌ها تشخیص صفت شخصیت اجتنابی گذاشته شده بود. از بین این بیماران، ۳ آزمودنی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. دو جلسه جهت مصاحبه و تعیین خط پایه و سپس مداخله ۸ جلسه‌ای درمان ACT به صورت انفرادی بر اساس مدل Hayes و همکاران به مدت ۱۰۰ دقیقه انجام گرفت و در نهایت، مرحله پیگیری اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه‌های حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index-Revised یا ASI-R) و کیفیت زندگی (۳۶-Item Short Form Health Survey یا SF-۳۶) بود. شاخص‌های تغییر روند، اندازه اثر و شاخص Cohen ارایه گردید.

یافته‌ها: روش ACT توانست حساسیت اضطرابی را کاهش و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی را افزایش دهد. ضرایب تأثیر، اثر معنی‌دار و قابل توجهی برای هر سه بیمار را نشان داد.

نتیجه‌گیری: رویکرد ACT بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، اختلالات اضطرابی، کیفیت زندگی، شخصیت اجتنابی، پرفشاری خون

ارجاع: ابن‌نصیر شکوه، خالقی‌پور شهناز. **اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۲): ۲۰۵-۱۹۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۲/۳ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۴/۱۵

مقدمه

پرفشاری خون، یکی از بالاترین آمار بار بیماری‌ها را در مناطق مختلف جهان به خود اختصاص داده است و در کل جهان، ۱۲/۸ درصد از مرگ‌ها و حدود ۵۷ میلیون بار بیماری منتسب به پرفشاری خون می‌باشد (۱). بر اساس تحقیقات مختلف، شیوع کلی پرفشاری خون در جهان، ۳۱/۵ درصد برآورد شده و از این بیماری به عنوان قاتل پنهان یاد شده است که دارای عوارضی مانند نارسایی قلب، نارسایی کلیه و سکته مغزی می‌باشد (۳، ۲).

از لحاظ بالینی، فردی را مبتلا به پرفشاری خون می‌گویند که فشار خون سرخرگی آن به طور مزمن برابر یا بیشتر از ۱۴۰ بر روی ۹۰ میلی‌متر جیوه باشد (۴). پرفشاری خون شامل دو فرم اولیه و ثانویه است. پرفشاری خون اولیه در ۹۵ درصد بیماران مشاهده می‌شود (۵) که علت بروز آن مشخص نیست، اما تفاوت‌های فردی، صفات شخصیتی، اضطراب و استرس می‌تواند یکی از عوامل احتمالی باشد که در بروز آن نقش دارد (۷، ۶). تحقیقات اخیر نشان داده است که پاسخ‌های زیستی، روان‌شناختی و شناختی به رویدادها، می‌تواند نقش مهمی در ابتلا ه بیماری پرفشاری خون ایفا کند. همچنین، عوامل تنش‌زا و هیجانی می‌توانند در خطر پرفشاری خون سهیم باشند (۹، ۸).

در این راستا، پژوهشگران شواهدی به دست آورده‌اند مبنی بر این که بین سلامت و شخصیت رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به پرفشاری خون، در روابط خود با دیگران روان‌رنجوری، حساسیت بین فردی، نگرانی، تنش و بازداری‌های اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۱، ۱۰). از سایر عوامل روان‌شناختی مؤثر

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، نایین، ایران
نویسنده مسؤول: شهناز خالقی‌پور
Email: khaleghipour@naeiniau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]

بر فشار خون به صفات شخصیتی افراد می‌توان اشاره کرد که بر چگونگی درک آن‌ها از رویدادهای تنش‌زا، هیجانات منفی و مواجهه با شرایط پرهیجان تأثیر می‌گذارد (۱۲، ۸، ۷). افراد دارای پرفشاری خون در مقایسه با افراد دارای فشار خون پایین، اضطراب بیشتری دارند و محرک‌های محیطی را شدیدتر دریافت می‌کنند. همچنین، افرادی که تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند، از فشار خون سیستولیک بالاتری برخوردار هستند. شواهد نشان می‌دهد سطوح بالای روابط اجتماعی و فعالیت‌های داوطلبانه، با کاهش ۴۱ درصدی فشار خون همراه است (۱۳-۱۵). Wells و همکاران با انجام مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که شیوع اختلالات روان‌پزشکی از جمله اختلالات اضطرابی، احتلالات عاطفی و سوء مصرف مواد در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بیشتر است (۱۶).

شواهد دیگر نشان داد که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون، از اختلالات روانی رنج می‌برند که اختلال عملکرد و کاهش کیفیت زندگی این بیماران را به دنبال دارد (۱۸، ۱۷). با توجه به شواهد پژوهشی موجود، پرفشاری خون اگر با یک صفت شخصیتی نامطلوب که تشدیدکننده علایم روانی اختلال است، همراه باشد، تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی می‌گذارد. یکی از صفات شخصیتی مورد نظر در تحقیق حاضر، شخصیت اجتنابی یا دوری‌گزین است که بر سیستم بهداشتی و سلامت عمومی فرد تأثیرگذار است. بر اساس گزارش مؤسسه ملی سلامت روان، حدود ۵ درصد بزرگسالان ویژگی‌های شخصیت اجتنابی دارند (۱۹). بسیاری از علایم این اختلال شبیه اضطراب و ترس است که با حساسیت زیاد به طرد، تحقیر یا شرمنده بودن، میل شدید به محبت و پذیرش دیگران، عدم اطمینان و احساس خودکم‌بینی، ترس و اضطراب از برقراری رابطه عاطفی و اجتماعی با دیگران، فقدان اعتماد به نفس، ترس از انتقاد و طرد شدن در رفتار و روابط در این بیماران مشهود است. آن‌ها با کوچک‌ترین اشاره منفی از سوی دیگران، مستأصل و به شدت متزلزل می‌شوند. بنابراین، از برقراری ارتباط سالم و صمیمی با دیگران دوری می‌جویند. این افراد اغلب افسرده و مضطرب هستند و از عدم کفایت خود در برقراری روابط اجتماعی خشمگین می‌شوند. همچنین، در روابط خانوادگی، شغلی، اجتماعی و زناشویی دچار مشکلات زیادی می‌شوند. چنانچه این عوامل با بیماری جسمانی مزمن همراه شود، کیفیت زندگی آن‌ها را به طور خاص تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰).

مطالعات نشان داده است که حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به شخصیت اجتنابی، اضطراب مرضی را افزایش می‌دهد و به عنوان یک عامل خطر عمل می‌کند. یکی از سازه‌های شناختی در حوزه اضطراب، نظریه حساسیت اضطرابی است که پیش از گذشته به نقش آن در پرفشاری خون اشاره می‌کند (۱۳). حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر شناختی، اشاره به تفاوت فردی در ترس از احساس برانگیختگی مرتبط بدنی دارد که افزایش تنفس، سرگیجه و تپش قلب را به دنبال دارد. حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، در تعداد قابل ملاحظه‌ای از اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی، روان‌تنی و شبه جسمانی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. اشخاص با حساسیت اضطرابی بالا، از این احساس هراسان هستند؛ چرا که باور دارند که احساس ما نشانه‌هایی از رخدادهای فاجعه‌آمیز قریب‌الوقوع جسمانی-روان‌شناختی یا اجتماعی می‌باشند که متضمن بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، از دست دادن کنترل یا خجالت هستند (۲۱).

حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود. در واقع، بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی، موقعیت‌ها را به صورت افراطی تفسیر می‌کنند و حساسیت در آن‌ها بسیار بالاست. حالت‌های اضطرابی همراه با اجتناب و گوشه‌گیری که از ویژگی‌های شخصیت اجتنابی است و عدم توان مقابله با بیماری مزمن، به مرور سبک زندگی فرد را مختل می‌نماید و منجر به کاهش کیفیت زندگی وی می‌شود (۲۴-۲۲). پرفشاری خون در افراد دارای شخصیت اجتنابی، به علت کاستی‌هایی که در توانایی‌های فرد ایجاد می‌کند، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد پژوهشی نشان داد که بیماران مبتلا به پرفشاری خون، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۲۵). کیفیت زندگی، مجموعه پیچیده‌ای از واکنش‌های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تأثیر می‌گذارد (۲۶).

شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به ارزیابی و برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقص‌ها، بیماری‌ها، مصدومیت‌ها و درمان آن‌ها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی گذاشته است، تعریف می‌شود. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را «درک فرد از موقعیت خویش در زندگی، در متن فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند، در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق» تعریف می‌کند. این تعریف شامل ابعاد فیزیکی، روان‌شناختی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباط با محیط و معنویت می‌باشد. همین تعریف بیان می‌کند که کیفیت زندگی به ارزیابی ذهنی افراد از زندگی اشاره دارد که این خود مبنی بر زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی است (۲۸، ۲۷). در دهه‌های اخیر، بسیاری از محققان به ضرورت نقش مداخلات روان‌شناختی به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون اشاره کرده‌اند (۲۹).

برای پرفشاری خون، طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، روان‌درمانی حمایتی، آرمیدگی عضلانی، سبک زندگی و مدیتیشن در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان و کنترل فشار خون این بیماران اثربخش بوده است (۳۰، ۲۸). یکی از جدیدترین درمان‌ها که همزمان بر عوامل روان‌شناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مورد بررسی قرار گرفته است، می‌توان به درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy یا ACT) اشاره کرد. این روش به واسطه تأکید بر اجرای مدرن و علمی تمرین باستانی ذهن‌آگاهی، در مراکز درمانی و محیط‌های بالینی شناخته شده است و جهت‌گیری مهمی است که منجر به سلامت روان و بهبود عملکرد می‌شود. روش ACT یک نظریه اثبات شده تحلیل رفتاری می‌باشد که بر فعال‌سازی رفتار ارزش محور تأکید می‌کند و ماهیت بنیادین زبان و شناخت انسان را بررسی می‌نماید و با عنوان نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی شناخته شده است. این روش اجتناب از نگرانی و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. شیوه اصلی درمان ACT، مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیش‌تر از آن‌ها اجتناب شده است (۳۱). نتایج پژوهش برادران و همکاران نشان داد که حساسیت به اضطراب و رفتارهای اجتنابی، بیشتر از متغیرهای دیگر با استرس و دریافت شدید محرک‌ها ارتباط دارد و مداخله درمانی با استفاده همزمان از سه متغیر درمانی ACT، ذهن‌آگاهی و ارزش‌ها، تأثیر حساسیت به اضطراب را کاهش و کیفیت زندگی و عملکرد کلی را افزایش می‌دهد (۳۲).

به نظر می‌رسد که در میان درمان‌های مختلف، روش ACT بیش از همه

http://rbs.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]

با ویژگی‌های اضطرابی هماهنگ است. این درمان هر دو جنبه اساسی این اختلال یعنی اجتناب شناختی و تخریب عملکرد را مد نظر قرار می‌دهد. در درمان ACT به بررسی دو متغیر «پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش» پرداخته می‌شود. ارزش‌ها کیفیت‌های منتخب افراد برای الگوی فعالیت است. انتظار می‌رود که ایجاد و پرورش پذیرش در مراجعان، باعث کاهش اجتناب شناختی و رشد زندگی مبتنی بر ارزش نیز منجر به افزایش عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی شود. پذیرش، یک حالت طراحی شده و جرأت‌آمیز از طرف مراجع است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی بد، خوب و زشت را همان‌گونه که هست، تجربه نماید. هدف از آن، خلق یک انسان کارمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در تماس باشد. عمده‌ترین هدف روش ACT، تغییر جهت توجه و تلاش مراجعان از اهداف بیهوده مانند احساسات و افکار ناخوشایند به سوی اعمال مبتنی بر ارزش آن است که به مراجعان کمک کند تا شیوه زندگی کردن مطلوب خویش را پیدا کنند و فقط به انجام آن شیوه بپردازند.

نتایج مطالعات نشان داده است که روش ACT بر اضطراب و امید بیماران مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. همچنین، درمان ACT بر اضطراب، استرس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأثیر می‌گذارد. نتایج پژوهشی که با هدف بررسی تأثیر درمان ACT بر تغییر سبک زندگی بیماران آنژین صدری مبتلا به پرفشاری خون انجام شد، حاکی از آن بود که این روش بر سلامت روان‌شناختی این بیماران مؤثر است (۳۳-۳۱). بنابراین، با توجه به شواهد تحقیق Ruiz در زمینه درمان ACT که اثربخشی این روش را در درمان اختلالات روانی و روان‌تنی حمایت کرده است (۳۴). همچنین، به دلیل ضرورت توجه به بیماری‌های مزمن از جمله پرفشاری خون و وجود حساسیت‌های اضطرابی و عدم کیفیت مطلوب زندگی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون توأم با صفت شخصیت اجتنابی و با توجه به این که پژوهش‌های انجام شده در این زمینه بر نقش صفت اجتنابی که در کاهش عملکرد این بیماران نقش مضاعفی دارد، اشاره‌ای نکرده‌اند؛ انجام چنین تحقیقاتی می‌تواند از لحاظ علمی به فهم مکانیسم و روش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم سازد. هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی روش ACT بر حساسیت اضطرابی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی بود.

مواد و روش‌ها

طرح این مطالعه در چارچوب طرح‌های تجربی تک آزمودنی بود که با استفاده از خطوط پایه چند گانه‌ای پلکانی اجرا شد. ناهمگن بودن و تعداد کم آزمودنی‌ها و خاص بودن ویژگی آزمودنی‌ها، علت استفاده از این طرح در پژوهش بود. جامعه آماری تحقیق را بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی که در سال ۱۳۹۵ به یکی از مراکز بهداشتی- درمانی علوم پزشکی اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گردید؛ به صورتی که آزمودنی‌ها بر اساس قضاوت پژوهشگر و هدف مطالعه انتخاب شدند.

ابتدا به کمک معاینه، افراد مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی- درمانی افراد که دارای فشار خون بالاتر از ۱۴۰ روی ۹۰ میلی‌متر جیوه بودند، انتخاب شدند. سپس از بین آن‌ها، افرادی که پیش‌بینی می‌شد دارای صفت شخصیت اجتنابی باشند، طبق تشخیص روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) و پرسش‌نامه بالینی چند محوری Millon-۳ (MCMI-III یا Millon Clinical Multiaxial Inventory-III) در مقیاس ۲A (۱۶ گویه) انتخاب شدند. علاوه بر این، پرسش‌نامه‌های حساسیت اضطرابی (Anxiety Sensitivity Index-Revised یا ASI-R) و کیفیت زندگی (۳۶-Item Short Form Health Survey یا SF-۳۶) توسط آن‌ها تکمیل گردید. از این میان، ۳ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل نداشتن اختلالات روانی ماژور طبق تشخیص روان‌پزشک، دارا بودن تشخیص صفت شخصیت اجتنابی بر اساس ملاک‌های DSM-5، مبتلا بودن به پرفشاری خون، داشتن نمره بالاتر از برش در آزمون غربالگری، رده سنی ۵۰-۳۵ سال، شرکت نداشتن در برنامه‌های روان‌شناختی دیگر و توانایی حضور در جلسات درمان بود. غیبت در طول جلسات درمان و ابتلا به بیماری‌های خاص نیز به عنوان شرایط خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

برای رعایت اصول اخلاقی و به منظور جلب همکاری بیماران، پیش از اجرای درمان اطلاعاتی درباره موضوع و هدف پژوهش تا آن‌جا که در نتایج تأثیرگذار نبود، به آنان ارایه شد و پس از جلب اطمینان از این نظر که اطلاعات آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت و اختیار دارند که در پژوهش شرکت نمایند و هر زمان که تمایل دارند از پژوهش خارج شوند، مطالعه انجام گرفت. پیش از انجام مداخله، هر ۳ آزمودنی به مدت ۴ جلسه مورد مشاهده قرار گرفتند. سپس پرسش‌نامه‌های ASI-R و SF-۳۶ توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید؛ بدون این که هیچ مداخله‌ای برای آن‌ها اجرا گردد. بدین ترتیب، خط پایه آن‌ها مشخص شد. پس از جلسه خط پایه، درمان ACT شامل ۸ جلسه و هر هفته دو جلسه برای آزمودنی‌ها اجرا گردید که به مدت ۱۰۰ دقیقه انجام گرفت. پس از هر دو جلسه، پرسش‌نامه‌ها اجرا گردید. به عنوان موقعیت پیگیری، پس از پایان ۸ جلسه درمان ACT، آزمون پیگیری ۱ ماه بعد طی سه ماه متوالی بر روی آزمودنی‌ها انجام شد. در ساختار ۸ جلسه‌ای درمان، پروتکل اجرایی Hayes و همکاران مورد استفاده قرار گرفت (۳۱). جلسات محتوای روش ACT در ادامه آمده است. جلسه اول: معرفی، مبانی اساسی درمان شامل تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، انتظارات بیماران از درمان، مرور درمان و اهداف برنامه درمان. جلسه دوم: گزینه‌ها و فراهم کردن مقدمات درمان، درماندگی خلاق، رابطه سلامت و عملکرد، بررسی دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره‌ها. جلسه سوم: ارزش‌ها و اهداف شامل پی بردن به ارزش‌های زندگی، درک ذهنی راجع به کنترل به عنوان مسأله نه راه‌حل. جلسه چهارم: ارزش‌ها و عمل، معرفی احساسات پاک و ناپاک ارزش‌ها، معرفی تمایل، پذیرش و تعهد رفتاری با به کارگیری استعاره‌ها. جلسه پنجم: تمایلات، افکار و احساسات، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، معرفی خود به عنوان زمینه، ذهن‌آگاهی و خودمشاهده‌گری. جلسه ششم: شروع به عمل، هم‌آمیختگی و گسلش و تمریناتی جهت گسلش با استعاره‌ها. جلسه هفتم: تعهد به عمل و ارزش‌ها با وجود موانع، قدم زدن همراه با ذهن‌آگاهی، نشان دادن پیامدهای منفی تمرکز بر نتایج، کشف ارزش و عمل متعهد. جلسه هشتم: حفظ دستاوردهای درمان شامل درک ماهیت تمایل و تعهد، داستان زندگی، تعیین الگوهای متناسب با ارزش‌ها و افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، تکلیف دایمی جهت ماندگاری روش‌ها، جمع‌بندی.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۱. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در حساسیت اضطرابی

آزمودنی	خط پایه (میانگین ± انحراف معیار)	مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بهبودی پس از درمان	درصد افزایش نمرات	تغییرپذیری Cohen	اندازه اثر
اول	۱۰۱/۵۰ ± ۴/۹۴	۷۱/۶۷ ± ۱۹/۶	۴۹	-۲۹/۳۸	۲/۰۹	۰/۷۲
دوم	۱۰۶/۵۰ ± ۴/۹۴	۷۰/۳۳ ± ۲۰/۵	۵۰	-۳۳/۹۶	۲/۴۶	۰/۷۷
سوم	۹۲/۵۰ ± ۳/۵۳	۶۶/۶۷ ± ۱۹/۶	۴۹	-۲۷/۹۳	۱/۹۶	۰/۷۰

پرسش‌نامه ASI-R: این مقیاس یک ابزار ۳۶ ماده‌ای خودگزارش‌دهی است که توسط Taylor و Cox برای حساسیت اضطرابی و ارزیابی میزان ترس از علایم و پیامدهای اضطراب طراحی شده است. طراحی این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر برای بسیار کم تا چهار برای بسیار زیاد صورت می‌گیرد و نمرات کل آزمودنی در دامنه‌ای از صفر تا ۱۴۴ قرار دارد و دارای خرده مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی- عروقی، تنفسی، علایم قابل مشاهده برای عموم، نشانه‌های معدی- روده‌ای، نشانه‌های تجزیه‌ای و عصبی و ترس از علایم فقدان کنترل شناختی می‌باشد (۳۵). Flett و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش کردند (۳۶). Taylor و Cox همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی افتراقی مقیاس ASI-R را خوب ارزیابی نمودند (۳۵). در ایران طی مطالعه‌ای ضرایب روایی و پایایی این ابزار برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌ها با روش همسانی درونی مورد تأیید قرار گرفت (۳۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی درونی مقیاس با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای خرده مقیاس‌های آزمون از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای کل آزمون ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه SF-۳۶: این پرسش‌نامه یک ابزار ۳۶ سؤالی است که توسط مؤسسه سلامت بوستون آمریکا طراحی شده است و به منظور ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و سلامت بر اساس طیف لیکرت، به سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌پردازد (۳۸). خرده مقیاس‌های آزمون مذکور شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی (محدودیت‌هایی که به سبب مشکلات جسمانی ایجاد می‌شود)، درد جسمانی و سلامت عمومی، سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجانی (محدودیت‌هایی که به سبب مشکلات هیجانی ایجاد می‌شود) و سلامت روانی می‌باشد. در روسیه پایایی و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه مورد ارزیابی قرار گرفت و با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، اعتبار و پایایی بالاتر از ۰/۷ گزارش گردید (۳۹). در ایران نیز این فرم توسط منتظری و همکاران به فارسی برگردانده شد و بر روی ۴۱۶۳ نفر با میانگین سنی ۳۵/۱ سال هنجاریابی گردید. ضریب پایایی محاسبه شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ به دست آمد. مقیاس SF-۳۶ می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از بیمار تفکیک نماید. نمره آزمودنی بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر می‌باشد (۴۰). پایایی ابزار مذکور در تحقیق حاضر، ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

در بررسی توصیفی داده‌های حساسیت اضطرابی قبل و پس از مداخله آموزشی، میانگین مداخله، درصد افزایش نمرات، تغییرپذیری Cohen و اندازه اثر، از نمودار خطی نمرات استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، ، میانگین نمره حساسیت اضطرابی در مداخله هر سه آزمودنی در شرایط خط پایه کاهش یافت. اندازه اثر کسب شده نشان داد که تأثیر مداخلات انجام شده برای آزمودنی اول، دوم و سوم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ می‌باشد که این تأثیر درمان در آزمودنی دوم بیشتر بود. بررسی روند بهبود کیفیت زندگی در سه آزمودنی در شکل ۱ نشان داده شده است.

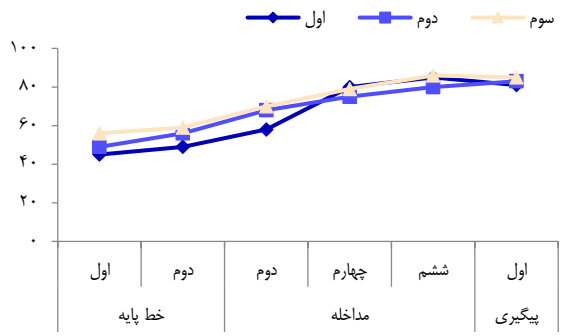
شکل ۱. روند بهبود حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها

جدول ۲ نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی هر سه آزمودنی در وضعیت خط پایه افزایش یافت و روش ACT بربهبود کیفیت زندگی هر سه آزمودنی مؤثر بود. مطابق با اندازه اثرات به دست آمده، می‌توان گفت که تأثیر درمان بر بهبود کیفیت زندگی هر سه آزمودنی بالا بود. روند بهبود کیفیت زندگی سه آزمودنی در شکل ۲ ارایه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی

آزمودنی	خط پایه (میانگین ± انحراف معیار)	مداخله (میانگین ± انحراف معیار)	بهبودی پس از درمان	درصد افزایش نمرات	تغییرپذیری Cohen	اندازه اثر
اول	۴۷/۰۰ ± ۲/۸۳	۷۴/۳۳ ± ۱۴/۳۶	۸۱	۵۸/۱۵	۳/۵۵	۰/۸۷
دوم	۵۲/۵۰ ± ۴/۹۵	۷۴/۳۳ ± ۶/۰۳	۸۳	۵۸/۴۱	۳/۹۵	۰/۸۹
سوم	۵۷/۵۰ ± ۲/۱۲	۷۸/۳۳ ± ۸/۰۲	۸۵	۳۶/۲۳	۲/۶۴	۰/۸۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]



شکل ۲. روند بهبود کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی درمان ACT بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی بود. نتایج نشان داد که روش ACT می‌تواند بر کاهش حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأثیرگذار باشد. در رابطه با اثر این درمان بر بیماری‌های روان‌تنی و اضطراب، مطالعات مختلفی صورت گرفته است، اما تحقیقی که به بررسی تأثیر درمان ACT بر حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اضطرابی پرداخته باشد، یافت نشد. در این راستا، می‌توان به پژوهش‌های برادران و همکاران (۳۲)، Ruiz (۳۴) و Tjak و همکاران (۴۱) اشاره کرد که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در بین بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی، فکر نسبت به بیماری و تبعات آن به مرور برای بیماران ماهیت تهدیدآمیزی به خود می‌گیرد و با وجود تلاش‌های جدی، به سادگی از صحنه ذهن پاک نمی‌شود. همین مسأله می‌تواند به مرور زمان این افکار را به افکار تحمیلی تبدیل نماید. در تبیین عملکرد این درمان، می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در اختلالات اضطرابی و بیماری‌های روان‌تنی مطرح است و به عنوان ترس بیش از اندازه از احساسات و علایم اضطراب و باور شخص مبنی بر آسیب‌زا بودن این علایم و احساسات تعریف شده است که منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود. از آن‌جا که بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی که از حساسیت اضطرابی رنج می‌برند، فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، اغلب به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند.

فرایندهای مرکزی ACT باعث می‌شود که بیماران راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، با افکار مزاحم آمیخته نشوند و هیجانات نامطبوع مانند اضطراب را بیشتر تحمل کنند و بدون این که فراوانی و محتوای فکر اضطراب‌زا به طور مستقیم هدف قرار داده شود، استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش، میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را برای آزمودنی‌ها کاهش می‌دهد. در این راستا، اضطراب فقط به عنوان یک فکر تجربه می‌شود و فرد آگاه می‌شود که وجود او از این افکار جداست و این افکار در وجود او جریان دارد نه این که بخشی از وجود او را تشکیل دهد و این امر موجب کاهش افکار می‌شود، خودمشاهده‌گر را تقویت می‌کند، رویدادهای درونی را به جای کنترل می‌پذیرد و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش می‌باشد، می‌پردازد. در این صورت، خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک افزایش می‌یابد و منجر به کاهش معنی‌داری در فکر و عمل می‌شود. بنابراین، در روش ACT تمام تلاش در جهت ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می‌شود تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد (۴۲).

بر اساس نتایج تحقیق حاضر، روش ACT می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأثیر بگذارد. پژوهش‌های مختلفی در رابطه با تأثیر این درمان بر کیفیت زندگی بیماران صورت گرفته است که از آن جمله می‌توان به به مطالعات بهروز و همکاران (۴۳)، Graham و همکاران (۴۴) و Carvalho و همکاران (۴۵) اشاره نمود که با نتایج بررسی حاضر همسو بود. در تبیین درمان ACT بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون می‌توان گفت از آن‌جایی که هدف ACT افزایش آزادی روان‌شناختی است، بنابراین فرد خود را از تجارب ناخوشایند گذشته رها می‌کند. این روش افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی را که از جنبه‌های مثبت پذیرش و تعهد است، به دنبال دارد؛ به صورتی که باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالات روان‌شناختی مثبت و در نتیجه، بهبود سازگاری شخص بیمار و کیفیت زندگی‌اش می‌گردد. همچنین، از آن‌جا که پذیرش و تعهد احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است، به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند. بنابراین، به بیماران کمک می‌شود که احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و پذیرش احساسات توسط فرد، موجب کاهش توجه و حساسیت نسبت به بروز این نشانه‌ها می‌شود و در نتیجه، سازگاری افزایش می‌یابد. همچنین، فرد جنبه‌هایی از تجربه روان‌شناختی خود را همان‌گونه که هست، تجربه می‌کند؛ بدون این که سعی در ایجاد تغییر در آن و آگاهی از تمامی حالات روحی، افکار و رفتار در لحظه حال و جدایی از تجربیات ذهنی ناخوشایند داشته باشد. در روش ACT، یادگیری مهارت ذهن‌آگاهی به بیمار که یکی از مؤلفه‌های پذیرش و تعهد است و پیش‌بینی‌کننده رفتار خود تنظیمی و حالت هیجانی مثبت می‌باشد، در بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی که از کنترل انسان خارج است، از طریق تنفس و تفکر آموزش داده می‌شود و بدین ترتیب باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می‌گردد و بر لذت بردن از زندگی و نشانه‌های فیزیکی پایین و به طور کلی، کیفیت زندگی مؤثر است.

درمان ACT به افراد کمک می‌کند تا از افکار و هیجانات خود آگاهی یابند. راه‌حل‌های ناسازگارانه قبلی را به منظور دست یافتن به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند و از کشمکش خودتخریبی رها شوند و به این ترتیب باعث بهبود سازگاری و ارتقای کیفیت زندگی‌شان می‌گردد. این درمان به افراد کمک می‌نماید تا با بیان احساسات و افکار منفی خود، به روشنی از انعطاف‌پذیری بالاتری در موقعیت‌های مختلف زندگی برخوردار شوند و با نگریستن به شرایط از زوایای مختلف، سازگاری و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند (۳۱).

در مجموع، می‌توان به این نتیجه دست یافت که آنچه در درمان ACT تأکید می‌شود و نقش آن در این پروتکل درمانی نیز برجسته بود، تأکید بر عمل متعهدانه است که بیماران را ترغیب می‌کند تا به روشن کردن ارزش‌ها،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]
http://rbs.mui.ac.ir

تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها با وجود بیماری اقدام کنند تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد. به طور کلی، اثربخشی درمان ACT در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون بر اساس اصولی همچون ماندن در زمان حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت، پذیرش و بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگارانه قابل توجیه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آن‌ها، منجر به افزایش آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در این بیماران می‌شود. تداوم تمرینات درمان فوق منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری در جهت بهبود کیفیت زندگی بهتر و از بین بردن موانع روان‌شناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده تأثیر سایر روش‌های فرامدرن بر روی بیماران دارای صفت شخصیت اجتنابی ارزیابی گردد و با روش‌های مدرن مورد مقایسه قرار گیرد. از آن‌جا که رویکرد ACT یک رویکرد فرامدرن می‌باشد، پیشنهاد می‌شود که مراکز سلامت این روش درمانی را به عنوان بخشی از برنامه‌ها و راهبردهای درمانی در درمان بیماران مبتلا به پرفشاری خون مد نظر قرار دهند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که باورها، شناخت‌ها و نگرش‌های افراد به شدت متأثر از اعتقادات، فرهنگ و ارزش‌های قومی و نژادی آن‌ها است. همچنین، تفاوت‌های فرهنگی و سطح تحصیلات بیماران باعث می‌شود که گاهی برای برخی از آنان تکنیک‌های درمانی رویکرد ACT متناسب با سطح درک آن‌ها تغییر کند و ممکن است خطر کاهش اثر روش درمانی به وجود آید. تحقیق حاضر فقط بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون با صفت شخصیت اجتنابی انجام شد و تعمیم نتایج به کلیه بیماران مبتلا به پرفشاری خون و سایر بیماری‌های مزمن را محدود می‌کند. تعداد کم آزمودنی‌ها و عدم گروه مقایسه نیز از دیگر محدودیت‌های مطالعه به شمار می‌رود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان از کارکنان پژوهشکده قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و آزمودنی‌های شرکت‌کننده که در اجرای این مطالعه مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

References

1. Shiri P, Mosavi P. High blood pressure [Research Project]. Tehran, Iran: Department of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2014. p. 1-89. [In Persian].
2. Lunyera J, Kirenga B, Stanifer JW, Kasozi S, van der Molen T, Katagira W, et al. Geographic differences in the prevalence of hypertension in Uganda: Results of a national epidemiological study. PLoS One 2018; 13(8): e0201001.
3. Boan AD, Lackland DT, Ovbiagele B. Lowering of blood pressure for recurrent stroke prevention. Stroke 2014; 45(8): 2506-13.
4. Cois A, Ehrlich R. Antihypertensive treatment and blood pressure trends among South African adults: A repeated cross-sectional analysis of a population panel survey. PLoS One 2018; 13(8): e0200606.
5. Carretero OA, Oparil S. Essential hypertension. Part I: Definition and etiology. Circulation 2000; 101(3): 329-35.
6. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 2006; 24(2): 215-33.
7. Sparrenberger F, Cichelero FT, Ascoli AM, Fonseca FP, Weiss G, Berwanger O, et al. Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. J Hum Hypertens 2009; 23(1): 12-9.
8. Chauvet-Gelinier JC, Bonin B. Stress, anxiety and depression in heart disease patients: A major challenge for cardiac rehabilitation. Ann Phys Rehabil Med 2017; 60(1): 6-12.
9. Amiri S, Gharewisi S, Ghasemigheshlagh M. Effects of positive and negative emotional induction on biological reactions (heart rate and blood pressure) in chronic cancer patients. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(6): 449-59. [In Persian].
10. Kakavand A, Damercheli N. The role of mediator of perceived stress in the relationship between personality traits and hypertension among the elderly. Journal of Aging Psychology 2017; 2(4): 271-9. [In Persain].
11. Turiano NA, Pitzer L, Armour C, Karlamangla A, Ryff CD, Mroczek DK. Personality trait level and change as predictors of health outcomes: findings from a national study of Americans (MIDUS). J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2012; 67(1): 4-12.
12. Milic J. Stress, D-type personality and coronary disease. FU Med Biol 2016; 18(2): 69-74.
13. Abbasi MA. Comparison of symptoms of mental disorders in patients with high and low levels of cholesterol and hypertension [MSc Thesis]. Tabriz, Iran: School of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz; 2011.
14. Garcia-Vera MP, Sanz J, Espinosa R, Fortun M, Magan I. Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. Hypertens Res 2010; 33(3): 203-8.
15. Ginty AT, Carroll D, Roseboom TJ, Phillips AC, de Rooij SR. Depression and anxiety are associated with a diagnosis of hypertension 5 years later in a cohort of late middle-aged men and women. J Hum Hypertens 2013; 27(3): 187-90.
16. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11(5): 320-7.
17. Lowe B, Grafe K, Ufer C, Kroenke K, Grunig E, Herzog W, et al. Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. Psychosom Med 2004; 66(6): 831-6.
18. Muller A, Montoya P, Schandry R, Hartl L. Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]

Behaviour Research and Therapy 1994; 32(6): 593-603.
19. Rooja News. 13 Common mental disorders that disrupt your life [Online]. [cited 2018]; Available from: URL: http://news.rooja.org/fa/content/4603787. [In Persian]
20. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2015.
21. Lyyra P, Parviainen T. Behavioral inhibition underlies the link between interoceptive sensitivity and anxiety-related temperamental traits. Front Psychol 2018; 9: 1026.
22. Wilson LC, Newins AR. The indirect effect of child maltreatment severity on adult PTSD symptoms through anxiety sensitivity. J Child Sex Abus 2018; 27(6): 682-98.
23. Molavi P, Mikaeili N, Ghaseminejad MA, Kazemi Z, Pourdonya M. Social anxiety and benign and toxic online self-disclosures: an investigation into the role of rejection sensitivity, self-regulation, and internet addiction in college students. J Nerv Ment Dis 2018; 206(8): 598-605.
24. Jardin C, Paulus DJ, Garey L, Kauffman B, Bakhshaie J, Manning K, et al. Towards a greater understanding of anxiety sensitivity across groups: The construct validity of the Anxiety Sensitivity Index-3. Psychiatry Res 2018; 268: 72-81.
25. Sung J, Woo JM, Kim W, Lim SK, Chung AS. Relationship between blood pressure variability and the quality of life. Yonsei Med J 2014; 55(2): 374-8.
26. Goubergrits L, Kertzscher U, Lommel M. Past and future of blood damage modelling in a view of translational research. Int J Artif Organs 2018. [[Epub ahead of print]].
27. Battersby M, Kidd MR, Licinio J, Aylward P, Baker A, Ratcliffe J, et al. Improving cardiovascular health and quality of life in people with severe mental illness: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2018; 19(1): 366.
28. Jabalameli S, Neshat Doost HT, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2010; 15(2): 88-97. [In Persian].
29. Lambert GW, Hering D, Marusic P, Thorp A, Sata Y, Lee R, et al. Health-related quality of life and blood pressure 12 months after renal denervation. J Hypertens 2015; 33(11): 2350-8.
30. Antoni M, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Trans. Alemohammad SJ, Jokar S, Neshat Doost HT. Isfahan, Iran: Jahad-e Daneshgahi; 2009. p. 33-230. [In Persian].
31. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York, NY, US: Guilford Press; 2012.
32. Baradaran M, Zare H, Alipour A, Farzad V. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy and motivational interviewing on decreasing anxiety, depression, stress and increasing hope in essential hypertensive patients. Journal of Clinical Psychology 2017; 8(4): 95-105. [In Prsian].
33. Shpancer N. Emotional acceptance: Why feeling bad is good. Psychology Today [Online]. [cited 2010 Sep 8]; Available from: URL: https://www.psychologytoday.com/us/blog/insight-therapy/201009/emotional-acceptance-why-feeling-bad-is-good
34. Ruiz FJ. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2012; 12(3): 333-57.
35. Taylor S, Cox BJ. Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. Behav Res Ther 1998; 36(1): 37-51.
36. Flett GL, Greene A, Hewitt PL. Dimensions of perfectionism and anxiety sensitivity. J Ration Emot Cogn Behav Ther2004; 22(1): 39-57.
37. Moradi Manesh F, Mirjafari SA, Salim., Godarzi MA, Mohamadi N. Psychometric properties of Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R). Journal of Psychology 2007; 11(4): 442-6. [In Persian].
38. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473-83.
39. Molsted S, Heaf J, Prescott L, Eidemak I. Reliability testing of the Danish version of the Kidney Disease Quality of Life Short Form. Scand J Urol Nephrol 2005; 39(6): 498-502.
40. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-82.
41. Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. Psychother Psychosom 2015; 84(1): 30-6.
42. White W, Miller W. The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. Counselor 2007; 8(4): 12-30.
43. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. J Health 2016; 7(2): 236-53. [In Persian].
44. Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. Clin Psychol Rev 2016; 46: 46-58.
45. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa AL, Jardim PC. The influence of hypertension on quality of life. Arq Bras Cardiol 2013; 100(2): 164-74.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]

DOI: 10.22122/rbs.v16i2.1998 Published by Vesnu Publications

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Sensitivity, and Quality of Life in Patients with Hypertension Having Avoidance Personality Trait

Shokooh Ebn-Nasir[1], Shahnaz Khaleghipour[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The objective of the present study was investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety sensitivity and quality of life in patients with hypertension who suffer from avoidance personality traits.

Methods and Materials: This research was a case study. The statistical population included all patients with primary hypertension who referred to healthcare centers of Isfahan, Iran, in 2016, and their arterial blood pressure was greater than 140/90 mmHg and their disease was confirmed by the physician. They had no history of heart disease and renal failure and according to the psychiatrist, based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) and screening with Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) on A2 scale, avoidance personality trait was detected in them. Out of them, three patients were selected through targeted sampling. Two sessions were spent on the interview and baseline explaining, and then intervention for ACT treatment was performed in 8 sessions based on Hayes et al. model, which was done individually for 100 minutes, followed by a follow-up phase. The tools used in this study included Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) and Quality of Life Questionnaire [36-item short-form health survey (SF-36)]. The indexes of process changes, effect size, and Cohen's coefficient were presented.

Findings: ACT method reduced anxiety sensivity and increased the quality of life in patients with hypertension having avoidance personality trait. The effect size showed a significant effect for all three patients.

Conclusions: ACT approach is effective on anxiety sensitivity and quality of life in patients with hypertension having avoidance personality trait.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Anxiety disorders, Quality of life, Avoidance personality, Hypertension

Citation: Ebn-Nasir S, Khaleghipour S. **Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Sensitivity, and Quality of Life in Patients with Hypertension Having Avoidance Personality Trait.** J Res Behav Sci 2018; 16(2): 198-205.

Received: 18.02.2018 Accepted: 23.04.2018 Published: 06.07.2018

1- Department of Psychology, School of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
Corresponding Author: Shahnaz Khaleghipour, Email: khaleghipour@naeiniau.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.2.11.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.2.198]