

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۴/۲۵

مجید برادران*، حسین زارع**، احمد علی پور***، ولی اله فرزاد****

چکیده

مقدمه: فشار خون یک مشکل سلامت عمومی است که در دنیا شایع است. بر اساس مطالعات پیشین، فشار خون اساسی یک عامل خطر مهم برای بیماری های مزمن محسوب می گردد. هدف اساسی مطالعه حاضر مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و امید در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی بود.

روش: این مطالعه یک پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. نخست، آزمودنی ها با استفاده از ملاک های ورود و خروج غربال شدند، سپس، ۳۹ بیمار مبتلا به فشار خون در بیمارستان ولی عصر شهرستان رشت انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (۱۳ بیمار در هر گروه). افراد در گروه مصاحبه انگیزشی، طی ۵ جلسه و در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نمود. ابزارهای پژوهش مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی و مقیاس امید بودند که در هر سه مرحله بر روی آزمودنی ها اجرا شدند.

یافته ها: تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون های تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی نسبت به گروه کنترل، میانگین اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی به طور معناداری پایین تر و امید بالاتری داشتند. همچنین این نتایج حاصل گردید که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی به طور معناداری در مؤلفه های اضطراب و فشار روانشناختی پایین تر و امید بالاتری داشتند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی مداخلاتی مؤثر در بیماران مبتلا به فشار خون می باشند.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مصاحبه انگیزشی، فشار خون، اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی و امید

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

psycho_2000mb@yahoo.com

h_zare@pnu.ac.ir

alipor@pnu.ac.ir

vfazad@yahoo.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

** استاد، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*** استاد، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

**** دانشیار، گروه روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز، تهران، ایران

مقدمه

شیوع بالای فشار خون^۱ و پیامدهای منفی آن، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی- درمانی اغلب کشورها تبدیل نموده است. این بیماری، سال‌ها بدون هیچ‌گونه علامت قابل توجهی، گسترش می‌یابد و به تدریج سلامت مبتلایان را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. تجارب بالینی نشان می‌دهند که بهبودی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی تقریباً غیر ممکن است و افراد مبتلا، علیرغم دریافت درمان‌های دارویی تا پایان عمر، از عوارض بیماری در امان نیستند [۱].

نتایج پژوهش‌های عبداللهی و همکاران (۱۳۸۵) در ایران نشان می‌دهد که سالیانه حدود ۱۶ هزار نفر به علت بیماری‌های ناشی از پرفشاری خون، جان خود را از دست می‌دهند و این روند متأسفانه تا حد زیادی نگران‌کننده است [۲].

نتایج پژوهش کرنی، ولتون، رینولد، ولتون و هی (۲۰۰۴) نشان داد که در افراد دارای پرفشاری خون درمان نشده، احتمال ایجاد سکته مغزی ۷ برابر، نارسایی قلبی ۶ برابر و سکته قلبی ۳ برابر افراد دیگر است و چنانچه در مراحل اولیه تشخیص داده شده و کنترل گردد، از پیامدهای نامطلوب آن کاسته می‌شود [۳]. نکته بسیار مهم این است که هر چند مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها، با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای رو به کاهش است، اما درمان‌های کل نگر و جنبه‌های روان‌شناختی این بیماران، کمتر در نظر گرفته شده است. شید^۳ (۲۰۱۰) با طرح این سؤال که چرا فشار خون در پیشگیری سطح دوم به خوبی کنترل نمی‌شود، به این موضوع مهم تأکید نمود که فشار خون بالا از همه رویدادهای مهم زندگی اثر می‌پذیرند و بر این اصل مهم تأکید نمود که هر گونه درمان موفقیت‌آمیز در فشار خون بالا، می‌بایست علاوه بر دارو درمانی، بر نقش عوامل روانشناختی و جامعه‌شناختی نیز توجه جدی داشته باشند و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند [۴].

لذا استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در این جهت از جایگاه ارزشمندی برخوردار می‌باشد. امروزه درمان‌های جدید در روانشناسی که تحت عنوان موج سوم روان‌درمانی از آن یاد می‌گردد بر نقش منابع روانشناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید دارد، زیرا از این طریق می‌

توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم نمود [۵].

از جمله درمان‌هایی که در این راستا مطرح می‌باشد، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۴ می‌باشد، یک مداخله روانشناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد [۶]. هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. هدف ACT افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روانشناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد نه انتخاب عملی که صرفاً برای اجتناب از افکار، احساسات یا خاطره‌های آشفته ساز انجام می‌شود را بر فرد تحمیل نماید. همچنین توانایی برای ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در خدمت اهداف ارزشمند و مهم زندگی است [۷].

پژوهش‌های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته‌اند نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب برای افسردگی [۸ و ۹]، اختلال استرس پس از سانحه [۱۰ و ۱۱]، اختلال هراس [۱۲]، درد مزمن [۱۳-۱۵]، کاهش استرس شغلی [۱۶] و [۱۷]، اختلال وسواس [۱۸]، سرطان سینه [۱۹ و ۲۰]، ام‌اس [۲۱]، دیابت [۲۲] و سوگ نابهنجار [۲۳] باشد.

یکی دیگر از روان‌درمانی‌های کاربردی، مصاحبه انگیزشی^۵ می‌باشد. این درمان، مداخله‌ای نوید بخش برای تغییر رفتار بهداشتی مثبت در حوزه پزشکی، بهداشت روانپزشکی است. علاوه بر انعطاف‌پذیری و قابلیت کاربرد آن در حیطه‌های مختلف رفتاری، به صورت فردی و گروهی قابل اجرا می‌باشد، به صورت درمان مستقل یا به همراه سایر درمان‌ها و به اشکال مختلف حضوری، تلفنی و اینترنتی مورد استفاده قرار می‌گیرد و از نظر زمانی و

1- Hypertention

2-Kearney, Whelton, Reynolds, Whelton&He

3- Shead

4- Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

5- Motivational Interviewing (MI)

انتظار پیوند قلب، نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی با امید و حمایت اجتماعی بیماران همبستگی مثبت معناداری وجود دارد [۳۸].

امروزه از مهم ترین موضوعات و مفاهیم روان شناختی که کارکرد فرد در قلمرو اجتماعی، روانشناختی و جسمانی یا فیزیولوژیک را دچار اختلال می کند، استرس است. فشارهای روان شناختی، واکنش های جسمانی گوناگونی را در دستگاه گردش خون منجر می گردد که در صورت تداوم، احتمال وقوع بیماری های جسمی مزمن از جمله بیماری قلبی افزایش می یابد. اگر چه در سطح مفهومی، افسردگی و اضطراب از یکدیگر مستقل هستند ولی همپوشی بالینی بین این دو مفهوم همواره مورد توجه متخصصان بوده است. کلارک و واتسون (۱۹۹۰) به نقل از اصغری مقدم، ساعد، دیباج نیا و زنگنه، (۱۳۸۷) پس از بررسی شواهد پژوهشی پیرامون این دو سازه، به این نتیجه رسیدند که بین این دو سازه، همبستگی بالایی وجود دارد، از سوی دیگر استرس نیز در ارتباط با دو سازه فوق، نقش قابل توجهی ایفا می کند. زیرا استرس می تواند واکنش های اختصاصی و غیراختصاصی به وجود آورد و به برانگیختگی مزمن و آسیب در عملکرد منجر گردد [۳۹].

مطالعات متعددی نیز در این راستا نشان داده اند افرادی که سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی را تجربه می نمایند، احتمال ابتلا به فشارخون در آنها افزایش می یابد [۴۰-۴۶].

تداوم استرس در زندگی روزمره منجر به احساس نگرانی، ترس و عدم کنترل بر زندگی می گردد که به نوبه خود افسردگی، اضطراب و سرانجام ناامیدی را برای فرد به ارمغان می آورد و کیفیت زندگی فرد را مختل می نماید. نظر به اینکه از یکسو پژوهش ها نشان داده اند که رویدادهای فشارزای مزمن جزء جدایی ناپذیر این بیماری به شمار می آید و از سوی دیگر عوارض جانبی مصرف داروهای شیمیایی، مشکلات ثانوی را برای بیماران ایجاد نموده و هزینه های درمانی نیز به صورت مضاعف به این دسته از افراد فشار وارد می آورد، لذا مطالعه حاضر قصد دارد تا به بررسی دو درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار

اقتصادی مقرون به صرفه می باشد [۲۴]. مصاحبه انگیزشی یک تکنیک مؤثر برای تسهیل تصمیم گیری در زمینه تغییر رفتار نظیر توقف سیگار [۲۵]، مدیریت دابت [۲۶ و ۲۷]، مدیریت بیماری قلبی [۲۸-۳۰] و افزایش فعالیت فیزیکی [۳۱-۳۳] نقش دارد.

در یک مطالعه اسجالینگ، لاندبرگ، انگلاند، وستمن و جانگ^۱ (۲۰۱۱) به بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی در افرادی که از فشار خون خفیف تا متوسط رنج می بردند، پرداختند. در این مطالعه ۳۱ بیمار در ابتدا با شاخص های فشار خون، شاخص توده بدنی و HbA1C مورد ارزیابی قرار گرفتند و در یک مطالعه ۱۵ ماهه شرکت نمودند. نتایج حاکی از این بود که بعد از مدت مذکور، این شاخص ها نسبت به خط پایه تفاوت معناداری داشتند [۳۴].

به طور یقین، توجه به ابعاد و مشخصه های روانشناختی در مبتلایان به فشار خون، که به عنوان عوارض بیماری ظاهر می گردند، می توانند شناخت بهتری از این بیماری را برای همگان به ارمغان آورد. ارتقاء سلامت، فرایندی است که هدف آن توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل آنها بر سلامت خویش و در نهایت بهبود مستمر و سلامت خویش و جامعه ای است که در آن زندگی می کنند [۳۵]. شایسته است مطرح نماییم که مداخله های مطرح شده فوق، تنها در زمینه درمان اختلالات به کار بسته نشده است، بلکه در حوزه روان شناسی مثبت گرا نیز کاربردهای عمده ای داشته است که یکی از این حوزه های روانشناسی مثبت گرا، امید می باشد. به لحاظ پزشکی، اهمیت امید در درمان های پزشکی با دانسته های مربوط به دارونماها شروع گردید. امید در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می شود. هر نوع مفهوم سازی از امید، ویژگی های چندبعدی، پویایی، آینده نگری و فرایندنگری آن را منعکس می کند [۳۶]. یافته های فلدمن و اشنايدر^۲ (۲۰۰۵) نشان دادند که داشتن معنا در زندگی در تعامل با امید به افزایش شادی، رضایت از زندگی، عواطف مثبت و کاهش افسردگی می گردد [۳۷]. نتایج پژوهش وانگ، چانگ، شی، سان و جنگ^۳ (۲۰۰۶) در تایوان با ۴۵ بیمار در

1- Sjöling, Lundberg, Englund, Westman & Jong
2- Feldman & Snyder
3- Wang, Chang, Shih, Sun & Jeng

ابزار

۱- مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی: این مقیاس توسط لایبوند در سال ۱۹۹۵ در ۲۱ عبارت طراحی گردیده که توانایی تشخیص و غربالگری نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را طی یک هفته گذشته دارد و بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت تنظیم گردیده است. در مطالعه اصغری مقدم، ساعد، دیباج نیا و زنگنه (۱۳۸۹) ضرایب درونی زیرمقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ و ضرایب بازآزمایی به فاصله سه هفته به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش گردید [۳۹].

۲- مقیاس امید: این مقیاس که توسط اشنايدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امید ساخته شد دارای ۱۲ عبارت است که دارای دو زیر مقیاس تفکر عامل و راهبردی می باشد و به صورت ۸ گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. کرمانی، خدایپناهی و حیدری (۱۳۹۰) اعتبار و روایی این مقیاس را در ۳۷۱ دانشجوی دانشگاه شهید بهشتی مورد بررسی قرار داد و مشخص گردید که ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۹ می باشد و ضرایب بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۶۵ محاسبه گردید. همچنین همبستگی منفی بین مقیاس امید با مقیاس افکار خودکشی و همبستگی مثبت با مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و حس معنا در زندگی، نشانگر روایی همزمان مقیاس بود [۴۷].

روند اجرای پژوهش: بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس پرسشنامه‌ها به عنوان پیش‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و همچنین از افراد گروه کنترل نیز خواسته شد به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. جلسه‌های مداخله از نیمه دی ماه در مرکز مشاوره بیمارستان آغاز گردید. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی هشت جلسه به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۱۰۰ دقیقه به طول انجامید. در ساختار

روانشناختی و افزایش امید افراد مبتلا به فشار خون اساسی پردازد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل به همراه دوره پیگیری می باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری مطالعه حاضر را تمامی افراد مبتلا به فشار خون اساسی که در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان ولی عصر شهرستان رشت مراجعه نمودند، تشکیل می دهند. با هماهنگی معاونت پژوهشی بیمارستان، غربالگری از مبتلایانی که طی آذر لغایت بهمن ماه ۱۳۹۴ مراجعه نموده بودند، آغاز گردید. برای غربالگری بیماران از ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش استفاده گردید. ملاک‌های ورود عبارتند از: مرد بودن، سن بالای ۲۰ سال، پرفشاری خون از نوع اولیه باشد، از حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها برخوردار باشند. ملاک‌های خروج عبارتند از: سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمان‌های روانشناختی، دارا بودن یکی از تشخیص‌های اختلالات محور یک، به تشخیص روانپزشک و روانشناس بر پایه مصاحبه بالینی ساختاریافته در DSM-IV-TR. البته بعد از انتخاب افراد، چنانچه هر فرد در مداخله، بیش از یک جلسه غیبت داشته باشد، از گروه خارج خواهد گردید. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه گردیده است، در این راستا، متخصص قلب و عروق بیمارستان طی ماه‌های مذکور، بیماران مبتلا را به پژوهشگر ارجاع داده و بر اساس ملاک‌های ورود و اعلام رضایت از جانب بیماران در مطالعه شرکت نمودند، بر این اساس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی، در سه گروه (۱۵ نفر در مصاحبه انگیزشی، ۱۵ نفر در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) جای داده شدند. با توجه به آزمایشی بودن طرح، باید اینجا مطرح نماییم که در گروه آزمایش و کنترل دو نفر حاضر به ادامه همکاری با پژوهشگر نشدند و نتایج حاصل از ۳۹ نفر از شرکت‌کنندگان تحلیل گردید.

های لازم در مداخله ها بین بیماران و کمک به آنها حضور داشت. پس از اتمام جلسه های مداخله، پرسشنامه ها به طور مجدد به افراد داده شد و با افراد گروه کنترل تماس گرفته شد و از آنها دعوت گردید تا جهت پاسخ به پرسشنامه ها تا یک هفته آتی به بیمارستان مراجعه نمایند. در نهایت یک ماه بعد از اجرای پس آزمون، جهت انجام مرحله پیگیری، بار دیگر همه موارد فوق اجرا گردید. محتوای جلسات هر یک از این مداخله ها به تفکیک در جدول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

۸ جلسه ای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، از پروتکل اجرایی جلسات ACT هیز، استروسال و ویلسون (۱۹۹۹) استفاده شد که به صورت دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته متوالی انجام گرفت [۴۸]. مصاحبه انگیزشی طی پنج جلسه به صورت گروهی انجام شد. مدت زمان هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه به طول انجامید. ساختار جلسات از کتاب کار مداخله گروهی مصاحبه انگیزشی با ساختار پنج جلسه ای میلر و رولینک (۲۰۰۲) استفاده گردید و به صورت هفته ای یک جلسه انجام گرفت [۴۹]. در طول جلسات، یک نفر به عنوان دستیار پژوهش جهت توزیع فرم

جدول ۱) ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوا
اول	آشنایی، یادگیری مدل مراحل تغییر انجام تمرین
دوم	مرور جلسه پیشین و شناسایی احساسات و تمرین های مربوط به آن
سوم	جنبه های مثبت و منفی کنترل و عدم کنترل عوامل خطرزا
چهارم	شناسایی و اولویت بندی ارزش ها
پنجم	چشم انداز و سنجش پایانی و شناسایی موقعیت های وسوسه انگیز، خلاصه و جمع بندی

جدول ۲) ساختار محتوای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوا
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل، مسأله است نه راه حل
سوم	شناسایی ارزش های فرد، تصریح ارزش ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش های افراد و به کار گیری استعاره های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلس و انجام تمرین هایی برای گسلس با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح های رفتاری مطابق ارزش ها و جمع بندی

یافته ها

پیگیری را در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد. بر این اساس میانگین نمره اضطراب، افسردگی و استرس در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. همچنین میانگین نمره تفکر عامل و راهبردها در گروه های آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است.

در مطالعه حاضر گروه های آزمایش و کنترل از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات همتا شدند. میانگین و انحراف معیار سن در سه گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مصاحبه انگیزشی و کنترل به ترتیب برابر با ۳۹/۶۲(۴/۵۲)، ۳۹/۳۸(۴/۶۳) و ۴۰(۵/۱۳) بود. جدول ۳، میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون و نیز

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	ACT	MI	کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب	پیش آزمون ۱۰/۶(۱/۶)	پیش آزمون ۱۱(۱/۵)	پیش آزمون ۸/۲(۱/۴)	پیش آزمون ۸/۹(۱/۵)	پس آزمون ۷/۵(۱/۵)	پیگیری ۶/۹(۱/۴)
افسردگی	پیش آزمون ۱۰/۲(۱/۳)	پیش آزمون ۱۰/۵(۱/۳)	پیش آزمون ۸/۱(۱/۴)	پیش آزمون ۸/۴(۱/۳)	پس آزمون ۷/۹(۱/۳)	پیگیری ۷/۵(۱/۵)
استرس	پیش آزمون ۱۰/۹(۱/۵)	پیش آزمون ۱۱/۱(۱/۶)	پیش آزمون ۸/۷(۱/۴)	پیش آزمون ۹(۱/۵)	پس آزمون ۸(۱/۷)	پیگیری ۷/۵(۱/۵)
تفکر عامل	پیش آزمون ۱۱/۱(۱/۴)	پیش آزمون ۱۰/۶(۱/۵)	پیش آزمون ۱۳/۱(۱/۴)	پیش آزمون ۱۲/۹(۱/۵)	پس آزمون ۱۳/۸(۱/۴)	پیگیری ۱۴/۵(۱/۶)
راهبردها	پیش آزمون ۱۲/۱(۱/۳)	پیش آزمون ۱۱/۹(۱/۷)	پیش آزمون ۱۴/۲(۱/۸)	پیش آزمون ۱۴/۲(۱/۹)	پس آزمون ۱۴/۶(۱/۳)	پیگیری ۱۵/۴(۱/۴)

ادامه، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (همپراش) مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش، پیش آزمون‌های متغیر افسردگی، اضطراب، استرس تفکر عامل و راهبردها به عنوان متغیرهای همپراش و پس آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. ضرایب همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در دامنه ۰/۵۰ تا ۰/۷۰ محاسبه گردید. با توجه به همبستگی به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای همپراش و وابسته محقق گردید.

همچنین ضرایب همبستگی بین پیش آزمون‌های متغیرهای مذکور از ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ به دست آمدند، لذا می‌توان گفت از مفروضه هم خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی اجتناب گردیده است.

با توجه به برقراری مفروضه‌های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره می‌باشیم که نتایج آن در جدول ۴، ارائه گردیده است.

بر اساس نتایج جدول ۴، بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری همه مؤلفه‌های مطالعه حاضر بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

در ادامه جهت بررسی مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی و افزایش امید در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه‌هایی است که می‌بایست رعایت نمود تا بتوان به نتایج اطمینان نمود. در این راستا جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید که در این بخش ارائه می‌گردد. پیش آزمون اضطراب، افسردگی و استرس (Box's $M=11/94, F=0/87, P=0/57$) و پس آزمون (Box's $M=5/22, F=0/38, P=0/97$)؛ پیش آزمون امید (Box's $M=4/16, F=0/64, P=0/70$) و پس آزمون (Box's $M=2/23, F=0/34, P=0/74$) محاسبه شد.

با توجه به این که معناداری آزمون باکس در همه مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگن می‌باشد. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌های دو گروه پس آزمون و پیگیری از آزمون لوین استفاده گردید. در این جهت، در پس آزمون برای متغیر اضطراب ($F=0/13, df=2, P=0/93$)، متغیر افسردگی ($F=0/10, df=2, P=0/91$)، استرس ($F=0/16, df=2, P=0/96$)، زیر مقیاس تفکر عامل ($F=0/74, df=2, P=0/74$) و زیر مقیاس راهبردها ($F=0/85, df=2, P=0/74$) و در مرحله پیگیری متغیر اضطراب ($F=0/17, df=2, P=0/54$)، افسردگی ($F=0/63, P=2, df=0/54$)، استرس ($F=0/29, P=2, df=0/88$)، استرس ($F=0/13, P=2, df=0/88$)، زیر مقیاس تفکر عامل ($F=0/50, P=2, df=0/61$) و برای زیر مقیاس راهبردها ($F=1/82, P=2, df=0/18$) حاصل گردید. نتایج نشان از عدم معناداری مؤلفه‌ها داشت، بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت. در

جدول ۴) مقایسه متغیرهای پژوهش در سه گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	پس آزمون					پیگیری			
	Eta	Sig	F	df	SS	Eta	Sig	F	df
اضطراب	۰/۸۳	۰/۰۱	۸۱/۳۱	۲	۷۰/۸۹	۰/۸۶	۰/۰۱	۱۰۳/۷۰	۲
افسردگی	۰/۷۲	۰/۰۱	۴۲/۰۹	۲	۳۶/۰۲	۰/۸۰	۰/۰۱	۶۷/۵۷	۲
استرس	۰/۸۳	۰/۰۱	۷۹/۶۶	۲	۶۲/۹۷	۰/۸۹	۰/۰۱	۱۳۰/۰۶	۲
تفکر عامل	۰/۷۲	۰/۰۱	۴۲/۹۸	۲	۳۴/۶۶	۰/۵۹	۰/۰۱	۲۴/۲۴	۲
راهبردها	۰/۷۹	۰/۰۱	۶۴/۴۶	۲	۵۰/۲۸	۰/۶۸	۰/۰۱	۳۶/۰۴	۲

در راستای تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دوی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۵، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی در تمامی مؤلفه‌ها در مرحله پس آزمون و

پیگیری اثربخش بود. همچنین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی در تمامی مؤلفه‌ها به غیر از افسردگی در مرحله پس آزمون اثرگذارتر بود.

جدول ۵) آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعهد و پذیرش	مصاحبه انگیزشی	کنترل
اضطراب	تعهد و پذیرش	-	-۱/۰۰۸	-۳/۵۳۲
	مصاحبه انگیزشی	۱/۰۰۸	-	-۲/۵۲۴
	کنترل	۳/۵۳۲	۲/۵۲۴	-
افسردگی	تعهد و پذیرش	-	-۰/۴۰۷	-۲/۴۶۴
	مصاحبه انگیزشی	۰/۴۰۷	-	-۲/۰۵۸
	کنترل	۲/۴۶۴	۲/۰۵۸	-
استرس	تعهد و پذیرش	-	-۰/۹۱۰	-۳/۱۳۵
	مصاحبه انگیزشی	۰/۹۱۰	-	-۲/۲۲۵
	کنترل	۳/۱۳۵	۲/۲۲۵	-
تفکر عامل	تعهد و پذیرش	-	-	۳/۰۹۴
	مصاحبه انگیزشی	-۱/۱۳۶	-	۱/۹۵۸
	کنترل	-۳/۰۹۴	-۱/۹۵۸	-
راهبردها	تعهد و پذیرش	-	۱/۰۱۴	۳/۴۷۰
	مصاحبه انگیزشی	-۱/۰۱۴	-	۲/۴۵۶
	کنترل	-۳/۴۷۰	-۲/۴۵۶	-

بحث

پرفشاری خون از جمله بیماری‌های شایع، مزمن، عودکننده و زمینه‌ساز سایر بیماری‌ها و در عین حال، قابل پیشگیری در عصر حاضر بوده و به علت ایجاد تغییرات وسیع و طولانی مدت در رفتارهای مربوط به سبک زندگی، اختلالی

دشوار و چالش برانگیز از نظر درمانی محسوب می‌شود [۵۰]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که که اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. البته شایان ذکر است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ابعاد اضطراب و استرس نسبت به مصاحبه انگیزشی اثرگذارتر

بوده است. همان گونه که پیشتر مطرح گردید، پژوهش‌های بسیاری نشان داده اند افرادی که استرس، اضطراب و افسردگی بالاتری دارند، احتمال ابتلا به فشارخون در آنها افزایش می‌یابد [۴۶-۴۰]. یافته‌های حاصل شده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های زتل (۲۰۱۵) و برینکبورگ، میچانک، هسر و برگلاند (۲۰۱۱) همسو است، که نشان دادند افسردگی و استرس مبتلایان به فشار خون در اثر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

هرچه افراد کنترل و تسلطشان بر محیط زندگی و به خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آنها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و برعکس افرادی که از فشارخون اساسی یا فشارخون ناشی از موقعیت‌های استرس آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. لذا کاهش استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از مهمترین اهداف درمان می‌باشد. در واقع می‌توان گفت که استرس یکی از مهمترین عواملی است که با افزایش احتمال ابتلا به فشار خون همراه است. بیماری فشار خون، یک بیماری طولانی مدت و زمینه ساز بسیاری از اختلال‌های جسمی مزمن است و از طرفی خود منبع استرس است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا در موقعیت‌هایی که افراد استرس زیادی داشته اند را به کمک استعاره به آنها نشان دهند و بتوانند در طول فرایند درمان، راه‌های مقابله با آن را آموزش ببینند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تمام تلاش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می‌نماید تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه پردازد [۵۱]. هریس^۱ (۲۰۰۹) در مورد پایداری درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش معتقد است که شفاف سازی ارزش‌ها طی این درمان، به اعضای گروه

انگیزه کافی برای ادامه درمان می‌دهد و عمل متعهدانه زمانی صورت می‌گیرد که ارزش‌ها روشن گردند. علاوه بر این، دو فرایند مهم درمان پذیرش و تعهد تحت عنوان تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه سبب می‌گردند تا آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خود مراقبتی در بیماران کمک می‌نماید [۵۲]. وایت و میلر^۲ (۲۰۰۷) معتقدند که در مصاحبه انگیزشی فرض بر این است که مراجع در جهت تغییر دچار تردید می‌گردد و درمانگر از وی در چالش با تغییر رفتار، حمایت می‌نماید. پس مصاحبه انگیزشی به مراجع اجازه می‌دهد تا به طور آشکار دوسوگرایی اش را بیان نماید و انگیزه‌های متعارض خود را شناسایی و به طور رضایت بخشی حل نماید، در این صورت فشارهای روانشناختی که فرد تجربه می‌نماید و می‌توانند به اختلالات جسمانی و روانشناختی منجر گردند را کنترل نماید [۵۳].

همچنین نتایج نشان داد که میزان امید در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. البته شایان ذکر است که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی اثرگذارتر بوده است، که با نتایج پژوهش‌های نویدیان و همکاران (۲۰۱۰) و ازپولات و ازتاس (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. شایسته است مطرح نماییم که امید فرایندی شناختی است ولی تبعاتی هیجانی دارد، بنابراین طبق نظریه آشنایدر، امید یک هیجان انفعالی نیست که تنها در لحظه‌های تاریک زندگی پدیدار شود؛ بلکه فرایندی شناختی است که افراد به وسیله آن به صورت فعال برای دست یافتن به هدف‌هایشان تلاش می‌کنند. لذا، امید فرایندی است که طی آن، فرد هدف‌های خود را تعیین می‌کند، راهکارهایی برای رسیدن به آنها می‌سازد و انگیزه لازم را برای اجرای این راهکارها ایجاد و در طول مسیر حفظ می‌کند [۵۴]. باید دانست بیماران امیدوار به بهبود سلامتی، به دلیل باور مثبت با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند و منجر به تغییرات فیزیولوژی مثبت در انسان می‌گردد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب می‌گردد تا فرد زندگی خود را غنی، بامحتوا و بامعنا بیابد که این امر به ارتقاء کارکرد روزانه، سلامت جسمانی و

تعمیم نتایج می بایست این نکته را در نظر داشت. دوم این که، این مطالعه تنها روی مردان انجام گرفته است و در مطالعات آتی مطلوب تر است که در هر دو جنس انجام پذیرد. در نهایت این که، فاصله بین پس آزمون و پیگیری در پژوهش حاضر، کوتاه است که در دیگر مطالعات می تواند در دوره های متوالی پس از مداخله این امر صورت پذیرد. در پایان از ریاست محترم بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان رشت جناب آقای دکتر عرب و تمامی بیمارانی که در مطالعه حاضر مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 1- Zinchenko YP, Pervichko EI, Ostroumova OD. Psychophysiological mechanisms of mental stress reactions in patients with hypertension at work and patients with essential hypertension: a comparative analysis. *Psycho in Russia: State of the Art*. 2013; 6(3): 77-93.
- 2- Abdollahy AA, Bazrafshan HR, Salehi A, Behnampour N, Hosayni SA, Rahmany H, et al. Epidemiology of hypertension among urban population in Golestan province in north of Iran. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2007; 8(4): 37-41. [Persian].
- 3- Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hyper*. 2004; 22(1): 11-9.
- 4- Shead VL. Implementation of hypertension treatment recommendations. [Ph. D dissertation] Saint Louis: Washington University. 2010.
- 5- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006; 44(1): 1-25.
- 6- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013; 44(2): 180-98.
- 7- Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. New Jersey: Wiley & Sons. 2009.
- 8- Folke F, Parling T, Melin L. Search results for Acceptance and Commitment Therapy for Depression: A Preliminary Randomized Clinical Trial for Unemployed on Long-Term Sick Leave. *Cog behav pract*. 2012; 19(4): 517-25.
- 9- Zettle RD. Acceptance and commitment therapy for depression. *Curr Opin Psychol*. 2015; 2: 65-9.

روانشناختی می انجامد. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می گردد. فرایند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه های متناسب با موقعیت است. در حوزه هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می باشد، بر تغییر متمرکز است و در حوزه هایی که تغییر امکان پذیر نیست نظیر فشار خون، بر پذیرش و تمرین های ذهن آگاهی تمرکز دارد [۵۵]. همین افزایش انعطاف پذیری بیمار در سایه آموزش های ذهن آگاهی یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل گردید. شخصی که انعطاف پذیری روانشناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی نماید و سعی در کنترل و تغییر آنها ندارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش ها و کیفیت زندگی می نماید (هیز و همکاران، ۲۰۱۱).

مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

البته باید دانست اغلب افراد مبتلا به بیماری مزمن نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی در حد بسیار وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ نمایند، که تحلیل ها نشان می دهد مصاحبه انگیزشی نسبت به درمان های سنتی در دامنه بسیار وسیعی از مشکلات روانشناختی و بیماری های جسمانی برتری دارد [۵۶] که در این مطالعه نیز این نکته آشکار گردید.

در یک نتیجه گیری نهایی، باید گفت که نتایج مطالعه حاضر دانش ما را در زمینه نقش تغییر رفتار در افراد مبتلا به بیماری های مزمن افزایش می دهد و بار دیگر ما را به این واقعیت می رساند که مداخله های روان شناختی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و درمان بیماری های جسمانی ایفا می نماید.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این موارد اشاره نمود: اولاً نمونه پایین است و تنها در یکی از بیمارستان های شهرستان رشت انجام گرفته است که در

- diabetes. *J Res Behav Sci.* 2013; 11(2): 121-8. [Persian].
- 23- Behrouz B. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on post-traumatic stress disorder, coping styles, and self-efficacy in girls with abnormal grief. *J Clin Psychol.* 2016; 7(28): 81-91. [Persian].
- 24- Cummings S, Cooper R, Cassie K. Motivational interviewing affect behavioral changes in older adults. *Res Soc Work pract.* 2009; 19(2): 195-204.
- 25- Louwagie GM, Okuyemi KS & Ayo-Yusuf OA. Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial. *Addiction.* 2014; 109(11): 1942-52.
- 26- Racic M, Katic B, Joksimovic BN, et al. Impact of Motivational Interviewing on Treatment Outcomes in Patients with Diabetes Type 2: A Randomized Controlled Trial. *J Fam Med.* 2015; 2(1): 1-6.
- 27- Chen SM, Creedy D, Lin HS, et al. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycaemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(6): 637-44.
- 28- Ren Y, Browning C, Yang H, et al. Motivational interviewing and its application in the management of coronary heart disease. *Fam Med Com Health.* 2013; 1(3): 48-54.
- 29- Thompson DR, Chair SY, Chan SW, et al. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *J Clin Nurs.* 2011; 20(10): 1236-44.
- 30- Bayley A, de Zoysa N, Cook DG et al. Comparing the effectiveness of an enhanced MOTivational interviewing Intervention (MOVE IT) with usual care for reducing cardiovascular risk in high risk subjects: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2015; 16(112): 1-14.
- 31- Knittle K, Gucht VD, Mejino A, et al. Are Aspects of a Motivational Interview Related to Subsequent Changes in Physical Activity and Regulatory Style? *Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation. Pract.* 2014; 1(3): 42-7.
- 32- Bennett JA, Lyons KS, Winters-Stone K, et al. Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial. *Nurs Res.* 2007; 56(1): 18-27.
- 33- Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *J Adv Nurs.* 2005; 50(5): 518-27.
- 34- Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong MC. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from
- 10- Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif.* 2005; 29(1): 95-129.
- 11- Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cog Behav Pract.* 2009; 16: 243-52.
- 12- Pourfaraj Omran M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in social phobia of students. *Knowl & Health.* 2011; 6(2): 1-5. [Persian].
- 13- Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behav Ther.* 2004; 35: 767-8.
- 14- Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain.* 2010; 26(5): 393-402.
- 15- Irandoost F, Safari S, Taher Neshatdoost H, Nadi MA. The effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain related anxiety and depression in women with chronic low back pain. *J Behav Sci.* 2015; 9(1): 1-8. [Persian].
- 16- Brinkborg H, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2011; 49(6): 389-98.
- 17- Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *IJPCP.* 2013; 19(2): 109-20. [Persian].
- 18- Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz.* 2013; 17(3): 275-86. [Persian].
- 19- Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care.* 2015; 24(1): 15-27.
- 20- Mojtabaie M, Gholamhosseini S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (Act) To Reduce the Symptoms of Anxiety in Women with Breast Cancer. *J Soc Issues Humanist.* 2015; 3(1): 154-57.
- 21- Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association. *J Clin Psychol.* 2014; 6(1): 29-38. [Persian].
- 22- Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2

- 49- Miller WR & Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2002.
- 50- Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Annu Int Med*. 2006; 144(7): 485-96.
- 51- Eifert GH, Forsyth JP. *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. 2005.
- 52- Harris R. *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger. 2009.
- 53- White WL, Miller WR. The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Couns*. 2007; 8(4): 12-30.
- 54- Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.
- 55- Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(7): 865-78.
- 56- Navidian A, Abedi M, Baghban I, Fatehizadeh M, Poorsharifi H. The Effects of Motivational Interviewing on Lifestyle Modifications of Clients Suffering from hypertension. *Razi J Med Sci*. 2010; 17(71): 79-94. [Persian].
- mild to moderate hypertension. *BMC Res Notes*. 2011; 4(352): 1-7.
- 35- Garcia D, Archer T. Adolescent life satisfaction and well-being. *J Altern Med Res*. 2012; 4: 271-279.
- 36- McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer*. 2008; 44(8): 1169-74.
- 37- Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J soc clin psychol*. 2005; 24(3): 401-21.
- 38- Wang LY, Chang PC, Shih FJ, Sun CC, Jeng C. Self-care behavior, hope, and social support in taiwanese patients awaiting heart transplantation. *J psychosom res*. 2006; 67(4): 485-91.
- 39- Asghari Moghaddam MA, Saed F, Dibajnia P, Zangeneh J. A Preliminary Validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in Non-clinical Sample. *Daneshvar Raftar*. 2010; 31: 23-38. [Persian].
- 40- Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med*. 2002; 64(5): 758-66.
- 41- Fabrice B, Kate I, Jean-Louis T, Patrice N, Francois B, Philippe M. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. *J Hypertens*. 2005; 23(3): 611-7.
- 42- Sung K. Factors associated with depressive symptoms in low-income, older Korean women with hypertension. *Nurs Health Sci*. 2011; 13(3): 309-15.
- 43- Vettath RE, Reddy YN, Dutta S, Singh Z, Mathew M, Abraham G. A multicenter cross-sectional study of mental and physical health depression in MHD patients. *Ind J Nephrol*. 2012; 22(4): 251-6.
- 44- Sharma A. Hypertension: Psychological Fallout of Type A, Stress, Anxiety and Anger. *Adv Asian Soc Sci (AASS)*. 2012; 3(4): 751-8.
- 45- Mushtaq M, Najam N. Depression, anxiety, stress and demographic determinants of hypertension disease. *Pak J Med Sci*. 2014; 30(6): 1293-8.
- 46- Kretchy IA, Owusu-Daaku FT, Danquah SA. Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *Inter J Men Health Syst*. 2014; 8(25): 1-6.
- 47- Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometric features of the Snyder Hope Scale. *J Appl Psychol*. 2012; 3(19): 7-23. [Persian].
- 48- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press. 1999.



پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

Comparison of Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing on Decreasing Anxiety, Depression, Stress and Increasing Hope in Essential Hypertensive Patients

Baradaran, M. *Ph.D Student., Zare, H. Ph.D., Alipour, A. Ph.D., Farzad, V. Ph.D.

Abstract

Introduction: Essential Hypertension (EH) is general health problem which is prevalent around worldwide. Based on previous studies, Essential Hypertension is significant risk factor for Chronic Diseases. The main purpose of this study was to compare acceptance and commitment therapy (ACT) motivational interviewing (MI) on anxiety, depression, stress and hope in essential hypertensive patients.

Method: This study was a semi-experimental study with pretest, post-test and follow-up. Subjects were first screened by using inclusion and exclusion criteria, therefore 39 hypertensive patients were selected who referred to Valiasr Hospital in Rasht city and randomly were divided into experimental and control groups (13 patients in each group). The motivational interviewing (MI) group was treated in 5 sessions and acceptance and commitment therapy (ACT) group was treated in 8 sessions while the control group did not receive any treatment. Research s tools were stress, anxiety and depression and hope scale that in all three phases were completed by subjects.

Results: The data was analyzed by MANCOVA and POST HOC statistical tests showed that ACT and MI, mean of depression, anxiety and stress was significantly lower than control group and also had higher hope. It was also found that ACT, was significantly lower in mean of anxiety and stress than MI group and higher in hope.

Conclusion: Based on research s findings, ACT and MI are effective interventions in essential hypertensive patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, motivational interviewing, hypertension, anxiety, depression, stress, hope

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

*Correspondence E-mail:
psycho_2000mb@yahoo.com