

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی

سیمین سیافی^۱، نعمت ستوده اصل^{۲*}
و مرتضی ابراهیمی ورکیانی^۳

چکیده

خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی می‌تواند در کاهش علائم بیماری کرونر قلبی، که یک بیماری روانی- فیزیولوژیک است، نقش مهمی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی در شهر قزوین انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کرونر قلبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی قلب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هرکدام به ۱۵ نفر تخصیص یافتند. در اجرای پژوهش از پرسشنامه‌های خودتنظیم‌گری ایپانز و پرسشنامه رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی جاسما استفاده شد. مداخلات درمانی به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی انجام شد. اما بر گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود رفتارهای خودمراقبتی و خودتنظیم‌گری هیجانی در بیماران مبتلا به عروق کرونر می‌شود و پیشنهاد می‌شود به‌عنوان یک درمان تکمیلی در مراکز درمانی مرتبط به آن توصیه شود. **کلیدواژه‌ها:** بیماران کرونر قلبی، خودتنظیم‌گری، خودمراقبتی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان. Siminsayaf@yahoo.com

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد سمنان، سمنان. Sotodeh1@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه علوم پزشکی، دکتری تخصصی، گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، قزوین. Varkiani28304@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه است. شناسایی عوامل خطر در این بیماری‌ها مانند چاقی، عدم فعالیت و رژیم غذایی نامناسب و انجام مداخلات غیردارویی مثل تغییر سبک زندگی و آموزش‌های روان‌شناختی در بهبود این بیماری‌ها تأثیر دارد (دشتی خویدکی و خلیلی، ۲۰۱۶). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و عصبانیت همراه با مهارت‌های ضعیف کنار آمدن و حمایت اجتماعی کم در بیماری قلبی و عروقی دخالت دارند (بارلو و دوراند^۱، ۲۰۱۵، ترجمه فیروزبخت، ۲۰۱۹). هم‌چنین بازداری اجتماعی و عاطفه منفی به افزایش آسیب‌پذیری و پریشانی‌های هیجانی در بیماران قلبی عروقی منجر می‌شود (تیمرمنس، ورستیگ و دوایندم، گرافمنس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر، واکنش شدیدتری به استرس نشان می‌دهند (ویلیوکس^۳، ۲۰۱۹). بنابراین، هیجانات نقش اساسی در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزمره ایفا می‌کنند که در موقعیت‌های مهم زندگی ظاهر می‌شوند. اگرچه هیجانات پایه و اساس بیولوژیکی دارند، اما افراد قادرند بر هیجانات و راه‌های ابراز آن تأثیر بگذارند، که این عمل تنظیم هیجان نامیده می‌شود (تامیر^۴، ۲۰۱۶). در بیماری‌های قلبی عروقی نیز بیان یا سرکوب هیجان‌ها از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر هستند که می‌توانند در بروز یا تشدید بیماری سهم داشته باشند. هم‌چنین اثرات مزمن بازداری هیجان‌های منفی باعث افزایش فعالیت سمپاتیک نظام قلبی - عروقی می‌شود (گرنیدی و ملوی^۵، ۲۰۱۷).

براساس نتایج نویدیان، مبارکی و شکیبیا (۲۰۱۷) نمی‌توان سلامت کامل را به بیماران نارسایی قلبی برگرداند، اما علائم بیمار را با مداخلات دارویی و غیردارویی می‌توان کنترل کرد که یکی از مداخلات غیردارویی برای کنترل این بیماری خودمراقبتی است. نتایج تحقیق لی، موسر، پلتر، نسبیت^۶ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد خودمراقبتی در نارسایی قلبی، نقش مهمی

1. Barlow and Durand
2. Timmermans, Versteeg, Duijndam and Graafmans
3. Veilleux
4. Tamir
5. Grandey and Melloy
6. Lee, Moser, Pelter and Nesbitt

در کیفیت زندگی و پیشگیری از بستری‌های مجدد دارد. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۶) گزارش داد آموزش خودمراقبتی رابطه تنگاتنگی با سازگاری و درمان مؤثرتر در بیماران مزمن دارد. در واقع درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و رعایت رفتارهای خودمراقبتی به نتیجه نمی‌رسد و بدون شک شکست خواهد خورد. یکی از درمان‌های موج سوم که اخیراً در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی کاربرد زیادی داشته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان شش فرایند مرکزی دارد که شامل: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی در جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (هیز، لوما، باند، ماسودا^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع را تشویق می‌کنیم تا به تغییرات در رفتار متعهد باشد و این تعهد، شرایط مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در جنبه‌های لفظی زبان فراهم می‌کند (هیز و استروسال^۳، ۲۰۱۰). در این راستا نتایج پژوهش بارنی، لیلیس، هاینوس، فورمن^۴ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد، درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن آگاهی است. در هشیاری فراگیر، افراد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود به آن‌ها اجازه می‌دهند که وارد ذهن و سپس از آن خارج شوند که این امر باعث افزایش تحمل رویدادهای منفی می‌شود.

طبق نتایج اسپیگلر و گاورمانت^۵ (۲۰۱۶)، از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی منشأ اصلی رنج روانی افراد محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر تعهد متمرکز است بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و این امر زمانی تحقق می‌یابد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری همسو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد. میرزایی دوستان، زرگر و زندی (۲۰۱۹) نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب، مرگ و افزایش

1. World Health Organization
2. Hayes, Luoma, Bond and Masuda
3. Strosahl
4. Barney, Lillis, Haynos and forman
5. Spigler and Gavernant

۱۳۸ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

سلامت روان می‌شود. در این راستا رهنما، سجادیان، رئوفی (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که می‌توان برای بهبود پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سود جست. نتایج پژوهش یدالله‌پور، فاضلی کبریا و امین (۱۳۹۸) حاکی از تأثیر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی بود. براساس نتایج پژوهش خسروشاهی، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۸) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به تأثیرگذاری در ارزش‌های بیماران به این صورت که رهایی از بیماری به عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود، می‌تواند موجب کاهش ادراک بیماری در بیماران قلبی شود.

لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران عروق کرونر است. بر این اساس فرضیه‌های این پژوهش عبارت‌اند از: ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران کرونر قلبی تأثیر دارد؛ ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی تأثیر دارد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی بود که با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در دامنه سنی ۳۰ تا ۷۵ سال بود که به این مراکز درمانی در شهر قزوین مراجعه کردند و توسط پزشکان متخصص قلب و عروق تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر دریافت کردند. روش نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود و تعداد نمونه ۳۰ نفر، که برای برآورد حجم نمونه از نرم‌افزار جی‌پاور (فاول، اردفلد، لنگ و بوچنر^۱، ۲۰۰۷) استفاده شد. برای این مطالعه ما اندازه اثر را ۰.۳۸ و توان آماری را ۰.۸۰ و مقدار آلفا را ۰.۰۵ در نظر گرفتیم. آزمون موردنظر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کواریانس است. معیارهای ورود عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به بیماری کرونر قلبی توسط متخصص قلب و عروق، سن بین ۳۰- ۷۵ سال، تحصیلات حداقل خواندن و نوشتن، دریافت نکردن هم‌زمان

1. Faul, Erdfelder, Lang and Buchner

روان‌درمانی دیگر، امضا کردن «فرم رضایت آگاهانه» برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج عبارت بودند از: مبتلا بودن به بیماری‌های جسمی و روانی هم‌زمان، داشتن غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه درمان، سوء‌مصرف مواد یا هرگونه وابستگی دارویی، بروز افکار خودکشی و احتمال خطر خودکشی. به‌منظور توافق درباره اهداف، موضوع، روش اجرای گروهی، شرایط و زمان برگزاری جلسات با هریک از شرکت‌کنندگان‌ها مصاحبه فردی انجام شد و بعد از تکمیل فرم اطلاعات فردی و فرم رضایت آگاهانه نمونه نهایی انتخاب شد. حجم نمونه پیشنهادی برای هر گروه ۱۵ نفر به‌دست آمد. هم‌چنین نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند، اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون در میان دو گروه و پس‌آزمون بعد از انجام مداخله بالینی اجرا شد. ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از:

مقیاس خودتنظیم‌گری^۱ (SRI-25): مقیاس خودتنظیم‌گری را ایبازن رویی پرز، مویا^۲ در سال ۲۰۰۵ طراحی کردند، این آزمون ۲۵ گویه دارد که خودتنظیم‌گری را در پنج زمینه عملکرد مثبت^۳، مهارپذیری^۴، آشکارسازی احساسات و نیازها^۵، قاطعیت^۶ و بهزیستی‌طلبی^۷ در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد (ایبازن و همکاران، ۲۰۰۵). حداقل نمره شرکت‌کننده در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر خودتنظیم‌گری و مهارت‌های مرتبط با این سازه است. ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۶۸ تا ۰/۸۴ برای فرم ۲۵ گویه‌ای (ایبازن و همکاران، ۲۰۰۵)، همسانی درونی^۸ مقیاس را تأیید کردند.

این ابزار در سال ۱۳۹۰ توسط بشارت ترجمه شده است، اعتباریابی فرم فارسی این مقیاس برای شرکت‌کننده‌های دانش‌آموزی ۸۲۷ نفر، ضریب آلفای گویه‌های آزمون ۰/۹۳ بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کننده‌ها (۷۷ دختر، ۶۳ پسر) در دو نوبت با فاصله

1. Self-regulation scale
2. Ibanez, Ruiperez and Moya
3. Positive action
4. Controllability
5. Expression of feeling and needs
6. Assertiveness
7. Well-being seeking
8. Internal consistency

۱۴۰ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

دو هفته برای کل شرکت‌کننده‌ها $t=0/86$ ، برای شرکت‌کننده‌های پسر $t=0/84$ و دختر $t=0/88$ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۹۰). ضرایب آلفای کرونباخ در نمونه حاضر برای خودتنظیم‌گری کل برابر $0/940$ و برای ابعاد آن به ترتیب: عملکرد مثبت $0/733$ ، مهارپذیری $0/853$ ، آشکارسازی احساسات و نیازها $0/753$ ، قاطعیت $0/746$ ، بهزیستی طلبی $0/799$ به دست آمده است.

پرسشنامه رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی^۱: این پرسشنامه را جاراسما، استرمبرگ، مارتینسون، دراکوپ^۲ در سال ۲۰۰۳ طراحی کرده‌اند. این پرسشنامه حاوی ۱۲ گویه است و پاسخ هر گویه براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با امتیاز (۱ به کاملاً این‌طور است تا امتیاز ۵ به اصلاً این‌طور نیست) به منظور مشخص کردن انجام مناسب رفتار، نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات حاصل از پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ امتیاز است که نمره کم‌تر به معنای رفتار خودمراقبتی بهتر است. در این پرسشنامه مجموع امتیازات بین ۱۲ - ۲۸ خودمراقبتی خوب، ۲۹ - ۴۴ خودمراقبتی متوسط و ۴۵ تا ۶۰ خودمراقبتی ضعیف طبقه‌بندی می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش روایی محتوا تأیید و پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/81$ مشخص شد (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در ایران اعتبار این ابزار توسط خوش‌تراش و همکاران ارزیابی شده است؛ پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ $0/71$ تأیید شد (خوش‌تراش، مؤمنی، قنبری، صالح زاده و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ تأیید شد.

پروتکل جلسات درمان، مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز و استروسال^۳ (۲۰۱۰) ارائه شده است و جلسات آموزشی توسط نویسنده اول این مقاله که گواهی گذراندن دوره‌های آموزشی روش مذکور را داشت، زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، به صورت گروهی درباره گروه آزمایش، به مدت دو ماه، طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Self-Care Behavior Questionnaire in patients with heart failure
2. Jarasma, Stromberg, Martensson and Dracup
3. Hayes and Strosahl

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش ACT	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی در باره ACT	کسب اطلاعات در باره ACT	—
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزیای، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود.
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی یا استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	پذیرش رفتار و هیجان‌های منفی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به جای فرار از آنچه که هم‌اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود.	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه قضاوتی	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن آگاهی و تحمیل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی	پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیه	تلاش در جهت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها

	تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معنا داری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تاکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معنا داری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمان‌جویان برای توضیح جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معنا داری و ایجاد هیجان‌های مثبت	رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف پذیری روان‌شناختی

یافته‌ها

در مطالعه فوق تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به عروق کرونر بررسی شدند که کلیه آن‌ها زن و متأهل (۷۶ درصد) بودند. ۸۳ درصد بیماران تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند. هم‌چنین بیش‌ترین پاسخگویان (۴۷ درصد) گروه سنی خود را بین ۵۰ - ۶۲ سال گزارش کردند. برای ورود به بخش تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک کواریانس کنترل شد. یکی از شرایط استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری نرمال بودن متغیرهای وابسته است. آزمون شاپیرو پژوهش حاضر نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. از آنجا که کلیه مقادیر معنا داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ است، جامعه دارای توزیع نرمال است. هم‌چنین نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای خودتنظیم‌گری هیجانی (۰/۸۵۸)، عملکرد مثبت (۰/۴۵۲)، مهارپذیری (۰/۳۵۲)، آشکارسازی احساسات و نیازها (۰/۷۲۸)، قاطعیت (۰/۱۵۲)، بهزیستی طلبی (۰/۱۳۲) به دست آمد. تساوی ماتریس‌های کواریانس نیزحاکمی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس کواریانس برقرار است و ماتریس‌های کواریانس مشاهده شده خودتنظیم‌گری و ابعاد آن با خودمراقبتی و واریانس تمام شاخص‌ها برابر بود، درنهایت با

آزمون لوین معنادار نیست. چون مقدار معناداری به دست آمده بیش تر از ۰/۰۵ محاسبه شده است که بیشتر از سطح آزمون یعنی ۰/۰۵ است. بنابراین، فرض برابری واریانس ها برقرار است و مقادیر لوین به دست آمده برای متغیرهای پژوهش پذیرفته می شود.

جدول ۲: آزمون لوین تست برابری واریانس ها متغیرهای پژوهش

مقادیر F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری	
۲۳/۳۷	۲	۸۷	۰/۲۴۹	خودتنظیم گری هیجانی
۵/۵۱	۲	۸۷	۰/۱۱۳	عملکرد مثبت
۴/۴۰	۲	۸۷	۰/۵۹۵	مهارپذیری
۴/۴۰	۲	۸۷	۰/۰۰۷	آشکارسازی احساسات و نیازها
۵/۳۶	۲	۸۷	۰/۲۳۸	قاطعیت
۲/۵۱	۲	۸۷	۰/۵۴۷	بهبودی طلبی

همان گونه که در جدول زیر دیده می شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون به افزایش نمرات خودمراقبتی و خودتنظیم گری هیجانی در بیماران کرونر قلبی نسبت به مرحله پیش آزمون منجر شده است، اما گروه کنترل تغییرات اندکی در همین ابعاد داشته است.

جدول ۳: آماره های توصیفی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی و خودتنظیم

گری هیجانی

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین		
۰/۱۳	۰/۵۳	۳/۳۳	پیش آزمون	خودمراقبتی
۰/۰۶	۰/۲۳	۴/۱۷	پس آزمون	
۰/۰۹	۰/۳۵	۳/۰۲	پیش آزمون	خودتنظیم گری هیجانی
۰/۰۶	۰/۲۳	۳/۶۶	پس آزمون	
۰/۱۱	۰/۴۴	۳/۴۶	پیش آزمون	عملکرد مثبت
۰/۰۹	۰/۳۶	۳/۶۵	پس آزمون	
۰/۱۳	۰/۵۴	۲/۷۲	پیش آزمون	مهارپذیری
۰/۰۸	۰/۳۳	۳/۲۰	پس آزمون	
۰/۱۷	۰/۶۷	۲/۸۵	پیش آزمون	آشکارسازی احساسات
۰/۰۹	۰/۳۵	۳/۷۸	پس آزمون	
۰/۱۸	۰/۷۲	۲/۹۰	پیش آزمون	قاطعیت
۰/۱۱	۰/۴۴	۳/۶۶	پس آزمون	
۰/۱۷	۰/۶۶	۳/۴۶	پیش آزمون	بهبودی طلبی
۰/۰۹	۰/۳۵	۴/۰۲	پس آزمون	

۱۴۴ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

با توجه به نتایج به دست آمده تحلیل کواریانس تک‌متغیری با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پیش‌آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۸۸/۶ درصد از تغییرات خودمراقبتی ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی بوده است. بنابراین، می‌توان گفت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی مؤثر بوده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج کواریانس تک‌متغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودمراقبتی بیماران کرونر قلبی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	η^2
پیش‌آزمون	۱/۲۵	۱	۱/۲۵	۴۲/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۱
گروه	۶/۱۶	۱	۶/۱۶	۲۱۰/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸
خطا	۰/۷۹	۲۷	۰/۰۲			
واریانس کل	۴۲۵/۳۲	۳۰				
واریانس اصلاح‌شده	۷/۸۶	۲۹				

بر اساس جدول ۵، بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه خودتنظیم‌گری هیجانی ($F=۴/۱۶$) و ($P<۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره خودتنظیم‌گری هیجانی گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۱۸/۲ درصد واریانس خودتنظیم‌گری هیجانی را تبیین می‌کند. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه عملکرد مثبت ($F=۰/۶۳۶$ و $P>۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود.

بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه مهارپذیری ($F=۱/۴۵$ و $P>۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه آشکارسازی احساسات و نیازها ($F=۸/۵۲$ و $P<۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره خودآشکارسازی احساسات و نیازها گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۳۱/۳ درصد واریانس آشکارسازی احساسات

و نیازها را تبیین می‌کند. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه قاطعیت ($F=2/56$) و تفاوت معنادار وجود ندارد. بنابراین، فرضیه صفر ما تأیید و فرضیه اصلی ما رد می‌شود. بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه بهزیستی طلبی ($F=3/93$ و $P<0/05$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره بهزیستی طلبی گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل است. متغیر گروه ۱۷/۳ درصد واریانس آشکارسازی احساسات و نیازها را تبیین می‌کند.

جدول ۵: خلاصه نتایج کواریانس چندمتغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران کرونر قلبی

متغیر اثر	مجموع مجذورات آزادی	درجه میانگین مجذورات	F	معناداری	eta ²
خودتنظیم‌گری هیجانی	۲/۳۱	۳	۰/۷۷	۴/۱۶	۰/۱۸
عملکرد مثبت	۱/۶۲	۳	۰/۵۴	۰/۶۳	۰/۰۳
مهارپذیری	۲/۷۲	۳	۰/۹۰	۱/۴۵	۰/۰۷
آشکارسازی احساسات و نیازها	۹/۸۷	۳	۳/۲۹	۸/۵۲	۰/۳۱
قاطعیت	۳/۸۵	۳	۱/۲۸	۲/۵۶	۰/۱۲
بهزیستی طلبی	۳/۰۱	۳	۱/۰۰	۳/۹۱	۰/۱۷
خودتنظیم‌گری هیجانی	۱۰/۳۶	۵۶	۰/۱۸		
عملکرد مثبت	۴۷/۸۲	۵۶	۰/۸۵		
مهارپذیری	۳۴/۹۹	۵۶	۰/۶۲		
آشکارسازی احساسات و نیازها	۲۱/۶۲	۵۶	۰/۳۸		
قاطعیت	۲۸/۱۱	۵۶	۰/۵۰		
بهزیستی طلبی	۱۴/۳۸	۵۶	۰/۲۵		

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودتنظیم‌گری هیجانی و خودمراقبتی بیماران عروق کرونر انجام شد. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودتنظیم‌گری هیجانی بیماران قلبی مؤثر است. بنابراین، فرضیه اول تأیید شد. این نتایج با یافته‌های یدالله‌پور و همکاران (۱۳۹۸)، خسروشاهی

۱۴۶ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

و همکاران (۱۳۹۸)، رهنما و همکاران (۱۳۹۶)، بارنی و همکاران (۲۰۱۹)، اسپیگلر و گاورمانت (۲۰۱۶)، لی و همکاران (۲۰۱۷) مطابقت دارد. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که خودتنظیم‌گری هیجانی عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونر دارد. همچنین توانایی تنظیم هیجان مؤثر می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامتی همچون فراهم آوردن فرصتی برای استراحت و بازسازی، بهبود مهارت حل مسأله و ارتقاء سیستم حمایت اجتماعی شود. افرادی که دچار پریشانی هستند (به‌طور مثال دچار ضعف در تنظیم هیجان هستند)، احتمال بیشتری دارد که به عادات بد تغذیه‌ای داشته باشند یا کم‌تر به ورزش و فعالیت بدنی اقدام کنند. لذا می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار در جهت ایجاد و حفظ انعطاف‌پذیری استفاده می‌کند و بر پذیرش هرچه بیشتر، تمرکز بر لحظه حال و مشارکت هرچه بیشتر فرد در فعالیت‌ها در راستای ارزش‌های شخصی تأکید دارد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به این بیماران آموزش دهد که با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی خود را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند. این درمان مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن‌آگاهی است. در این فرایند افراد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود به آن‌ها اجازه می‌دهند که وارد ذهن و سپس از آن خارج شوند که این راهبرد می‌تواند موجب افزایش تحمل وقایع و احساسات منفی شود (بارنی، لیلیس، هاینوس، فورمن و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع در این نوع درمان به افراد آموزش داده شده که چگونه فرایندهای مرکزی بازدارنده فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده رهایی یابند و رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند.

بنابراین، نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت بین نمرات خودتنظیم‌گری هیجانی در دو مرحله از پژوهش معنادار است و میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معناداری دارد. این تأثیر درمانی در برخی زیرمقیاس‌های خودتنظیم‌گری هیجانی دیده می‌شود. به عنوان مثال آموزش پذیرش افکار و احساسات با کمک فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث پذیرفتن و آشکارسازی احساسات و نیازها شده که به عدم سرکوب

هیجان منجر می‌شود که این یافته با پژوهش گرندی و ملوی (۲۰۱۷) همخوانی دارد. هم‌چنین آموزش رفتارهای همسو با ارزش‌ها، تمرینات ذهن‌آگاهی، بخشش و مهربانی به خود باعث افزایش کیفیت زندگی شده، این مداخله با یافته ما در بهزیستی‌طلبی هماهنگ بوده و با پژوهش اسپیگلو و گاورمانت (۲۰۱۶) همخوانی دارد. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به عروق کرونر تأثیر معناداری داشته است؛ بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز مورد تأیید است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رفتارهای خودمراقبتی در فرایند درمان بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت و سرطان نقش حیاتی و مهمی دارند. در درمان‌های نوین رفتاری به نقش بیمار در پیروی از دستورات پزشک، رعایت رژیم غذایی مناسب، اجتناب از تنش و استرس، مصرف به‌موقع از داروها تأکید زیادی شده است. در حقیقت رفتارهای خودمراقبتی قسمت انکارناپذیر فرایند بهبودی بیماران کرونر قلبی است. بنابراین، تغییر در عملکرد این بیماران می‌تواند به افزایش خودمراقبتی منجر شود تا مسئولیت درمان را به عهده گیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ذهن بیمار را نسبت به درد و رنج و بیماری خود تغییر داده است و احساسات و ارزش‌های وی تغییر کرده است، و در نتیجه نسبت به درمان خود، تعهد بیشتر و خودمراقبتی بهتر خواهد داشت.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این پژوهش فقط بر روی بیماران عروق کرونر انجام شده است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود، علاوه بر آن محدود بودن منطقه اجرای پژوهش (صرفاً استان قزوین). لازم است در این حوزه با نمونه‌های متفاوت و متعدد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطالعه شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر بیماری‌های روان‌تنی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی صورت بگیرد و دوره‌های پیگیری در مدت سه و شش ماه برای بررسی پایداری اثر درمان انجام شود.

از آنجا که بیماری کرونر قلبی یک بیماری شایع و دارای زمینه‌های روان‌شناختی است، می‌تواند سبک زندگی و هیجانات این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین رفتارهای خودمراقبتی و رعایت دستورات تیم درمانی برای این بیماران حیاتی و انکارناپذیر است، لذا با توجه به نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های درمانی

۱۴۸ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ...

غیردارویی مؤثر در مدیریت روان‌شناختی این بیماری معرفی می‌شود و ضروری است که به عنوان یک درمان مؤثر، در کنار درمان‌های دارویی مورد توجه قرار بگیرد.

سپاسگزاری

بداین وسیله از مسئولان محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، بیمارستان پاستور قزوین، کلینیک‌های قلب شهر قزوین و تمامی بیمارانی که در روند اجرای این پژوهش محققان را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. هم‌چنین این پژوهش با کد اخلاق به‌شماره (IR.IAU.SEMNAN.REC.1399.006) اخذشده از معاونت آموزشی و پژوهشی از دانشگاه علوم پزشکی سمنان و هماهنگی لازم با ریاست بیمارستان پاستور قزوین انجام شد.

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس خودتنظیم‌گری در نمونه‌ای از جامعه ایران. *دوفصلنامه روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۲): ۷۰-۵۲.
خسروشاهی، حسین، میرزائیان، بهرام و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۹(۹): ۸۵-۸۵

رهنما، مارال، سجادیان، ایلناز و رثوفی، امیر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۴): ۳۴-۴۳.

نویدیان، علی، مبارکی، هاجر و شکیبیا، منصور (۱۳۹۶). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با افسردگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷(۱۵۵): ۴۶-۵۹.

یدالله‌پور، محمدهادی، فاضلی کبریا، مهناز و امین، کامیار (۱۳۹۸). مقایسه تأثیر آموزش مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی - عروقی. *سلامت جامعه*، ۱۳(۲): ۱۱-۲۲.

Abootalebi, G., Vosooghi, N., Mohammadnejad, E., Namadi, M. and Akbari kaji, M. (2012). Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Journal of Critical Care Nursing*, 4(4): 203-208 (Text in Persian).

Barlow, David H. and Durand, M. (2019). *Abnormal Psychology*. (Mehrdad Firoo

- zbakht, Trans.). Tehran: Rasa, 141. (Original work published 2015)
- Barney, J.L., Lillis, J., Haynos, A.F., Forman, E. and Juarascio, A.S. (2019). Assessing the valuing process in acceptance and commitment therapy: Experts review of the current status and recommendations for future measure development. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12: 225-233. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.08.002.
- Besharat, M. A. (2011). Investigation of psychometric properties of the short form of self-regulation scale in a sample of Iranian society. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 1(2): 53-70 (Text in Persian).
- Dashti-khavidaki, S. and khalili, H. (2016). *Pharmacotherapy of Cardiovascular and Respiratory*. Arjomand Pub. Tehran, 136.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. and Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2): 175-191.
- Grandey, A. A. and Melloy, R. C. (2017). The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3): 407-422.
- Hayes, S.C. and Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. and Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes, *Behaviour Research and Therapy*, 44(1): 1-25.
- Ibanez, M.I., Ruiperez, M.A., Moya, J., Marques, M.J. and Ortet, G. (2005). A short version of the self-regulation inventory (SRI-S), *Personality and Individual Differences*, 39(6): 1055-1059.
- Jaarasma, T., Stromberg, A., Marttensson, J. and Dracup, K. (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviors scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3):363-370
- Khoshtarash, M., Momeni, M., Ghanbari, A., Salehzadeh, A. and Rahmatpour, P. (2013). Self-care behaviours and related factors in patients with heart failure. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 23(1): 22-29 (Text in Persian).
- Khosroshahi, H., Mirzaian, B. and Hasan-zadeh, R. (2019). Acceptance and commitment therapy on illness perception in patients' coronary heart disease. *Journal of Disability Studies*, 9: 85-85 (Text in Persian).
- Lee, K.S., Moser, D.K., Pelter, M.M., Nesbitt, T. and Dracup, K. (2017). Self-care in rural residents with heart failure: What we are missing. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4):326-333.
- Mirzaeidoostan, Z., Zargar, Y. and zandi Payam, A. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment therapy of death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan city, Iran. *Journal of Psychiatry and Clinical*

Psychology, 25(1): 2-13 (Text in Persian).

- Navidian, A., Mobaraki, H. and Shakiba, M. (2017). The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviours in heart failure patients with depression. *Patient Education and Counselling*, 27(155):46-59. Doi:10.1016/j.pec.2017.02.023
- Rahnama, M., Sajjadian, I. and Raufi, A. (2017). The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on psychological distress and adherence to coronary heart disease patients. *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(4):34-43 (Text in Persian).
- Spiegler, M.D. and Guevremont, D.C. (2016). *Contemporary behaviour therapy*. United States of America: Guilford Press.
- Timmermans, I., Versteeg, H., Duijndam, S., Graafmans, C., Polak, P. and Denollet, J. (2017). Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The type D personality construct. *Journal of Health Psychology*, 24(14):1929-44. doi: 10.1177/1359105317709513.
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3): 199-222.
- World Health Organization (2016). Breast cancer: prevention and control.
- Veilleux, J.C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical Psychology Review*, 71: 78-89. doi:10.1016/j.cpr.2019.01.003
- Yadollahpour, M. H., Fazeli Kebria, M. and Amin, K. (2019). Comparison of the effect of positivism education with Islamic approach with acceptance and commitment based therapy on psychological capital of cardiovascular patients. *Community Health*, 13(2): 11-22 (Text in Persian).

**Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on
Emotional Self-Regulation and Self-Care to Coronary Artery
Disease Patients**

Simin Sayyafi¹, Nemat Sotodeh Asl *²and Morteza Ebrahimi Varkiyani³

Abstract

Emotional self-regulation and self-care can play an important role in reducing the symptoms of coronary heart disease, which is a psychophysiological disease. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on emotional self-regulation and self-care of cardiovascular patients in Qazvin. The research method was quasi-experimental of pretest-posttest type with a control group. For this purpose, 30 women with coronary heart disease referred to cardiac treatment centers were selected by availability sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups, each assigned to 15 people. In this study, Ibanez Self-Regulatory Questionnaire and Jaarsma Self-Care Behavior Questionnaire in patients with heart failure were used. Therapeutic interventions were performed in 8 sessions of 90 minutes on the experimental group, but no intervention was performed on the control group. The results of analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the scores of emotional self-regulation and self-care. Therefore, it can be concluded that acceptance and commitment-based therapy improves self-care and emotional self-regulation behaviors in patients with coronary artery disease and is recommended as a complementary therapy in related medical centers.

Keywords: Acceptance and commitment-based therapy, cardiovascular patients, self-care, self-regulation

1. PhD student in psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Semnan Azad University, Semnan, Iran. Siminsayaf@yahoo.com

2. Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Semnan Azad University, Semnan, Iran. Sotodehl@yahoo.com.

3. Assistant Professor, University of Medical Sciences, PhD, Heart group, medical college, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

Varkiyani28304@gmail.com

DOI: 10.22051/PSY.2020.31600.2248

https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_5214.html