

Acceptance and Commitment Therapy on Illness Perception in Patients with Coronary Heart Disease

Hossein Khosroshahi¹, *Bahram Mirzaian², Ramezan Hasanzadeh²

Author Address

1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;

2. Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari Iran.

*Corresponding Author's Email: bmirzaian@yahoo.com

Received: 2018 January 2; Accepted: 2018 April 28

Abstract

Background & Objective: Heart disease is caused by coronary artery stenosis is a health problem in developing and developed countries. The disease is one of the leading causes of death in the world. Acceptance and commitment therapy (ACT) is a form of counselling and a branch of clinical behavior analysis. It is an empirically-based psychological intervention that uses acceptance and mindfulness strategies mixed in different ways with commitment and behavior-change strategies, to increase mental flexibility. There is a variety of protocols for the ACT, depending on the target behavior or setting. For example, in behavioral health areas, a brief version of ACT is called focused acceptance and commitment therapy (FACT). The goal of ACT is not the elimination of complicated feelings; instead, it is to help us to move toward valued behavior. Acceptance and commitment therapy invites people to accept unpleasant feelings, and learn do not to overreact to them and not to avoid those situations. The therapeutic effect of the method is like a positive spiral; feeling better leads to a better understanding of the truth. In the ACT, 'truth' is measured through the concept of 'workability'. Coronary heart disease (CHD) is among the conditions that affected by psychological factors. The purpose of this study was to investigate the impact of acceptance and commitment therapy in illness perception in male patients with cardiovascular disease.

Methods: The research method was quasi-experimental study with two groups (experimental and control) pre-posttest design. The statistical population comprised men with cardiovascular disease admitted to the heart clinic of Valiasr Hospital in Qaemshahr (Mazandaran province, North of Iran) in the spring of 2017-2018. A total of 28 subjects were voluntarily chosen and were randomly assigned into two experimental (n=14) and control (n=14) groups. The experimental group received six session acceptance and commitment therapy (ACT). Brief illness perception questionnaire (Brief IPQ) was administered before and after training. The data was analyzed using one-way analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results indicated that in the post-test after controlling the pre-test, there was a significant difference between the experimental and control groups in illness perception ($p=0.032$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy could reduce the perception of disease in patients with heart disease.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Illness perception, Coronary heart disease.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی

حسین خسروشاهی^۱، * بهرام میرزائی^۲، رمضان حسن‌زاده^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

* رابانامه نویسنده مسئول: bmirzaian@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۲ دی‌ماه ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۸ اردیبهشت ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی که بر اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود و مشکلی بهداشتی در کشورهای درحال توسعه و توسعه‌یافته به شمار می‌رود، از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان از جمله ایران است. بیماری قلبی عروقی از بیماری‌هایی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی نیز قرار می‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران قلبی عروقی اجرا شد.

روش‌بررسی: این پژوهش به شکل نیمه‌آزمایشی (تجربی) دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد. جامعه آماری پژوهش، بیماران قلبی عروقی مراجعه‌کننده به کلینیک قلب بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در بهار ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بودند که از بین آن‌ها به صورت داوطلبانه ۲۸ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (۱۴ نفر گروه آزمایش و ۱۴ نفر گروه گواه) تفکیک گردیدند. گروه آزمایش طی شش جلسه، تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفت و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه ادراک بیماری بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و با روش تحلیل کوواریانس یک‌طرفه تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره پیش‌آزمون ادراک بیماری در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۴۰/۴۶ و ۴/۰۴ و همچنین میانگین و انحراف معیار نمره پس‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۳۳/۲۱ و ۱/۸۰ است. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره پیش‌آزمون ادراک بیماری در گروه گواه به ترتیب برابر با ۴۰/۱۵ و ۴/۹۰ و همچنین میانگین و انحراف معیار نمره پس‌آزمون در گروه گواه ۴۲/۶۱ و ۲/۵۳ است. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث بهبود در ادراک بیماری ($p=0.032$) می‌شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، 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 گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ادراک بیماری، بیماران کرونر قلبی.

بیماری‌های قلبی-عروقی علت اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود و سالانه مرگ هفده میلیون انسان را در پی دارد (۱). اخیراً نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن در کانون توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری، بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود است (۲). بر اساس نظریه لونتال^۱ و همکاران در سال ۱۹۸۸، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل و پیامدپذیری، درمان‌پذیری و مدت‌زمان بیماری تنظیم می‌کنند. ادراک بیماری^۲ شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: برجسب و علائم مربوط به بیماری مانند ماهیت یا باور درباره علل و مسبب آغاز خستگی و ضعف، علت یا ادراک فرد درباره طول مدت بیماری، مدت‌زمان بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های موردانتظار فرد از بیماری برحسب آثار اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی و مؤثربودن درمان و بهبود. یافته‌ها بیان‌کننده نقش قابل‌توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها، نظیر آرتريت روماتوئید، بیماری هانتینگتون، دیابت، سکته قلبی، بیماری‌های کلیوی و سرطان سرگردن است (۲).

بندورا در این زمینه می‌نویسد: «درک از بیماری یک چهارچوب مهم را برای بررسی عقاید بیماران و نحوه تأثیر اجزای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌کند» (به نقل از منبع ۳). با وجود آنکه مطالعات متعددی به بررسی تأثیر درک از بیماری بر ایجاد تغییرات در سبک زندگی بیماران قلبی پرداخته‌اند، تأثیر درک از بیماری به‌عنوان عاملی مؤثر بر درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام‌دادن موفقیت‌آمیز رفتارهای بهداشتی بعد از بروز رویداد قلبی بررسی نشده است (۴). واکر معتقد است شناخت و درک از بیماری، ارزش پیش‌بینی‌کننده‌ای در ارتقای رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری قلبی دارد (۵).

اسپاتولا و همکاران در طی پژوهشی، به طراحی یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده بر اساس درمان پذیرش و تعهد به‌عنوان یک پیشگیری ثانویه در بیماری عروق کرونر قلب پرداختند. آن‌ها بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تغییر سبک زندگی ناسالم و افزایش پیروی از درمان پزشکی از طریق تغییرات اصلاح پریشانی‌های روانی بیماران شده است (۶). نتایج پژوهش گراهام و همکاران (۷) نشان دادند روان‌درمانی به روش ACT طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای در درمان افسردگی اساسی، اضطراب و استرس در افراد مبتلا به سکته مغزی با بیماری قلبی و سرگیجه بسیار مؤثر است.

مداخلات مبتنی بر پذیرش در مؤثربودن افزایش رفتارهای بهداشتی، از قبیل مدیریت وزن، فعالیت‌های بدنی و ترک سیگار ثابت شده است (۸). در یک مقیاس گسترده، تحقیقات کارآزمایی تصادفی، اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش، سلامت و کیفیت زندگی را در بیماران قلبی بهبود داده است و این مطالعات هنوز ادامه دارد. با این حال در مطالعه

مقدماتی گودوین و همکارانش (۹)، کاربرد برنامه مبتنی بر پذیرش برای بیماران قلبی بررسی شد و شواهد اولیه را برای افزایش رفتارهای سلامت قلبی فراهم آورد. نتایج پژوهش به‌طور خاص تغییرات زیادی در بهبود رژیم غذایی و افزایش متوسط در فعالیت بدنی را نسبت به قبل از درمان نشان داد. به‌دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب، با نظر به اینکه در ایران اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی توسط پژوهشگر یافت نشده است، هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که موجب افزایش ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی می‌شود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و طرح آن یک طرح دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT)، متغیر مستقل و ادراک بیماری، متغیر وابسته بود. متغیر مستقل (درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد.

- آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، به‌دلیل کمبود بیمار قلبی زن، مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بودند. گروه نمونه افرادی بودند که پس از احراز شرایط، روند درمان را طی می‌کردند. تعداد ۲۸ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و با کسب اجازه و رضایت از آن‌ها وارد پژوهش شدند. تحلیل توان برای تعیین حجم نمونه لازم انجام شد. اندازه اثر (ES) در حد $F^2=0/83$ در نظر گرفته شد و با استفاده از برنامه جی‌پاور سطح معناداری $0/05$ ، $0/90$ ، $POWER=0/90$ و تعداد متغیرها $K=1$ ، چهارده نفر به‌عنوان حجم نمونه برای هر گروه در نظر گرفته شد. این افراد به‌صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی ۱۴ نفره و یک گروه گواه ۱۴ نفره تخصیص یافتند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه ادراک بیماری را در دوره پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. معیارهای ورود عبارت بودند از: سن بین ۳۴ تا ۵۷ سال، تحصیلات حداقل سیکل (سوم راهنمایی)، دریافت‌نکردن داروهای روان‌گردان، جنسیت مرد، دریافت‌نکردن هم‌زمان روان‌درمانی دیگر. معیارهای خروج عبارت بودند از: وجود عقب‌ماندگی ذهنی، افسردگی اساسی، اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت شدید. معیارهای خروج با مصاحبه بالینی متخصص روان‌شناسی و انجام‌دادن آزمون هوش ریون بررسی شد. ذکر این نکته ضروری است که مراجعان نباید از چهار ماه قبل از ورود به درمان، داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی مصرف کرده باشند. مراجعانی که دارو مصرف می‌کردند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، تشخیص به فرد دیگری غیر از پژوهشگر واگذار شد. برای اینکه مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسش‌نامه بالینی چندمحوری میلون^۳ (MCMI) بر روی آن‌ها انجام شد. منظور از اختلال شخصیت

1. Levental

2. Illness perception

3. Millon Clinical Multiaxial Inventory

شدید، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتیپال و پارانوئید است. علاوه بر این کسانی که در MCMI نمره نرخ پایه^۱ (BR) آن‌ها بیشتر از ۸۴ بود، از پژوهش کنار گذاشته شدند. دوره مداخله نیز همان طور که در جدول راهنمای گام به گام جلسات درمان آمده است، در شش جلسه نود دقیقه‌ای اجرا شد. بیماران در جلسات مشخص شده با استفاده از پرسش‌نامه مربوطه ارزیابی شدند.

ابزار پژوهش:

- پرسش‌نامه ادراک بیماری: این پرسش‌نامه^۲ مقیاس دارد که برادبنت^۲ و همکاران، بر اساس فرم تجدیدنظر شده همین پرسش‌نامه طراحی کرده‌اند. دامنه نمرات هشت سؤال اول، از ۱ تا ۱۰ است. سؤال^۳ باز پاسخ است و از سه علت عمده ابتلا به بیماری به ترتیب سؤال می‌کند. هر خرده‌مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده‌مقیاس واکنش شناختی به بیماری را سنجش می‌کند که شامل ادراک پیامدها، طول مدت بیماری از طریق درمان و شناخت علائم است. دو خرده‌مقیاس نگرانی درباره بیماری و عواطف و واکنش عاطفی و یک خرده‌مقیاس قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد. در گزارش سازندگان آن روایی سازه ملاکی و گروه‌های خاص خوبی را از خود نشان داده است. آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸ و ضریب پایایی باز آزمایی به فاصله شش هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۰). فرم فارسی پرسش‌نامه ادراک بیماری را بزازیان با روایی و پایایی ۰/۷۰ تا ۰/۷۵ بومی‌سازی کرده است (۱۱). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۸ و در حد قابل قبولی است.

- روش اجرا: روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب نمونه مدنظر، پرسش‌نامه پژوهش، همه در یک نوبت و در قالب یک شکل به مردانی که به عنوان نمونه انتخاب شده بودند، ارائه گردید و درباره چگونگی پاسخ‌گویی به آن‌ها توضیحی کلی داده شد. سپس آن‌ها به صورت انفرادی به پرسش‌نامه پاسخ دادند. تمام اطلاعات کسب شده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. پس از تکمیل پرسش‌نامه و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و گواه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش علاوه بر درمان‌های همیشگی خود، در جلسات گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به صورت یک‌ساعته و دو بار در هفته برگزار شد نیز شرکت کردند؛ در حالی که شرکت‌کنندگان گروه که در لیست انتظار قرار داشتند، تنها درمان‌های همیشگی خود را دریافت کردند. پس از پایان جلسات نیز مجدداً پرسش‌نامه پژوهش را شرکت‌کنندگان هر دو گروه تکمیل کردند. بیماران به مدت شش جلسه، وارد مرحله مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از روش‌های رفتار درمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد که باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش، جداسازی یا گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال،

برنامه مداخله (ACT on HEART) دارای چهار مفهوم زیر است (۶):

- آموزش قلبی:^۳ این آموزش توصیه‌هایی در زمینه رژیم غذایی، ورزش و تأثیرات رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار کشیدن و پیروی نکردن از درمان پزشکی را در بر می‌گیرد. علاوه بر این، تکنیک‌های رفتاری برای حل کردن موانعی ارائه می‌شود که مانع از ایجاد سبک زندگی سالم می‌شود. همچنین هر جلسه، شامل گروه‌های حل مسئله به منظور رفع موانعی می‌شود که در رسیدن به اهداف شخصی نیز مانع ایجاد می‌کنند.

- ذهن‌آگاهی:^۴ اشاره دارد به درگیر شدن به تجربه‌ای در لحظه حال و اتخاذ نگرشی باز و کنج‌آو به جای مبارزه با زمان حال، حتی اگر آن لحظه ناراحت‌کننده باشد. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی درصدد افزایش خودآگاهی از طریق توجه کامل به تجربیات مثبت و منفی درونی است. تلاش‌های قلبی مبتنی بر تحت نظر گرفتن شرایط برای کنار آمدن با بیماری قلبی، از قبیل اجتناب از نشانه‌های بیماری و افکار و احساسات ناراحت‌کننده، بررسی شد تا ناکارآمدی تلاش برای رسیدن به یک زندگی باهدف اثبات شود. بیماران تشویق خواهند شد افکار و احساساتشان را از طریق تبدیل تمام توجه به سمت خود که به آن گسلش می‌گویند، خنثی کنند.

- پذیرش و میل:^۵ شامل آگاهی و هوشیاری است و دربرگرفتن تجارب درونی شخصی، مشکل بدون تلاش برای تحت‌نظر گرفتن یا اجتناب از هیجانات ناراحت‌کننده. پذیرش یک جایگزین، برای اجتناب از تجربه است. بیماران درحالی‌که درگیر رفتارهای سالم‌اند، آموزش داده می‌شوند تا پیروی از درمان را به وسیله افزایش تمایل به تجربه احساسات ناخوشایند و برانگیخته شدن لحظه به لحظه برای رسیدن به سبک زندگی قلبی سالم افزایش دهند. بیماران هدایت می‌شوند تا مطابق با ارزش‌های خود زندگی کنند.

- ارزش‌ها، اهداف و اعمال متعهدانه:^۶ شناسایی ارزش‌های بیماران و

4. Mindfulness

5. Acceptance and willingness

6. Values, goals and committed action.

1. Base Rate

2. Broadbent

3. Cardiac education

اهداف رفتاری آن‌ها، درگیر شدن در رفتارهای مبتنی بر ارزش یا اعمال مبتنی بر ارزش و حفظ اقدام متعهدانه در طولانی مدت، از طریق متعهدانه را افزایش خواهد داد. موانع بالقوه به منظور انطباق رفتارهای پرداختن به استعاره‌ها و تکنیک‌های تجربی بررسی خواهد شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

جلسات	توصیف
هفته اول	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن؛ مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است؛ توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ قرارداد مشاوره‌ای شامل حضور به موقع و انجام دادن تکالیف.
هفته دوم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل؛ ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است؛ آموزش این نکته که هرگونه عملی به منظور اجتناب یا تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است؛ رساندن مراجع به ناامیدی خلاق و شفاف سازی ارزش‌های مراجع.
هفته سوم	ادامه شفاف سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل.
هفته چهارم	آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (مانند پیاده روی) و هیجانات؛ بحث درباره موانع و تمرین کاوش امکان پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش؛ پردازش بدون قضاوت تمرین‌های مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی.
هفته پنجم	ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد؛ ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها؛ بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها.
هفته ششم	ادامه بحث درباره رضایت از داشتن رنج؛ تمرین‌های شفاف سازی ارزش‌ها و تأکید بر توانمندسازی مراجع؛ ایجاد انگیزه، یعنی فعالیت معطوف به (Committed Action) به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

۳ یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونه تحقیق، شامل سن، مدت ابتلا به بیماری قلبی از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی در دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ و ۳ آمده است. با توجه به نرمال بودن داده‌ها، نتایج آزمون تی مستقل نشان داد در میانگین سن و مدت زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

($p=0/871$). همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد از جهت توزیع تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال، بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/613$). این یافته‌ها نشان دهنده همسانی زیاد در این متغیرها، بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه آزمایش	گروه گواه	مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سن	۴۳/۳	۶/۳۴	۴۳/۹
مدت ابتلا به بیماری	۵/۵	۳/۲۴	۵/۱
			۳/۸۷

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران قلبی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد	مقدار احتمال
وضعیت تأهل					
مجرد	۴	۲۸/۶	۳	۲۱/۴	
متأهل	۱۰	۷۱/۴	۱۱	۷۸/۶	
سطح تحصیلات					۰/۶۱۳

سیکل	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶
دیپلم	۲	۱۴/۳	۴	۲۸/۶
فوق دیپلم	۴	۲۸/۶	۴	۲۸/۶
لیسانس	۴	۲۸/۶	۲	۱۴/۳
وضعیت شغل				۰/۴۸۵
کارمند	۵	۳۵/۶	۴	۲۸/۶
آزاد	۷	۵۰	۸	۵۷/۱
بازنشسته	۱	۷/۱	۲	۱۴/۳
بیکار	۱	۷/۱	۰	۰

میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش، شامل ادراک بیماری مندرج در جدول ۳، بیان کننده آن است که میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون، کاهش در متغیر ادراک بیماری را

جدول ۳. میانگین و انحراف متغیرهای تحقیق در دو مرحله ارزیابی در دو گروه گواه و آزمایش

متغیرها	مرحله ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۴۶	۴/۰۴
		گواه	۴۰/۱۵	۴/۹۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۳/۲۱	۱/۸۰
		گواه	۴۲/۶۱	۲/۵۳

از جمله عوامل مؤثر در بین مطالعات متعدد در بیماران قلبی، ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی است. یافته‌های گذشته ارتباط بین ادراک بیماری را در بیماران قلبی پژوهش و بررسی کرده است. به عبارت دیگر، ادراکات منفی‌تر به بیماری، به طور کلی با کیفیت زندگی پایین‌تر و سلامت کمتر همراه است. تاکنون یافته‌های پژوهش‌ها نشان داده است که اعتقاد به شدیدتر بودن پیامدهای بیماری، طولانی‌تر شدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف‌تر روی بیماری، شدیدتر بودن علائم بیماری و همچنین نگرانی بیشتر درباره بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی کمتری همراه است (۱۷).

روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیرات مطلوبش را در ارتقا و حفظ تغییرات سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی ثابت کرده است. بنابراین این نوع روان‌درمانی روش امیدوارکننده‌ای برای بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از پیشرفت بیماری است (۶). با این حال، تحقیقات اندکی برای بررسی تأثیرات برنامه ACT on HEART (مداخله روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه پیشگیری ثانوی از بیماری‌های اسکمیک قلبی وجود دارد. این برنامه با این تفکر که رفتارهای خطرناک‌ای چندگانه باید در ابتدا مورد هدف قرار گیرد، توسعه پیدا کرده است. اصلاح هریک از عوامل خطر منفرد به طور چشمگیری به استانداردهای مراقبت از بیماران قلبی عروقی می‌افزاید؛ اما قشر وسیعی از این بیماران بیشتر از یک عامل خطرناک و بیماری‌زا را دارند. این برنامه درمانی یک شیوه نوآورانه در میان روش‌های مختلف است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی (ACT)، هر فرد به طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی ارزشمند را دارد. همچنین

به منظور بررسی استنباطی داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه استفاده شد. شایان ذکر است قبل از تحلیل کردن، مفروضه‌های این آزمون آماری شامل نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای نمرات متغیر نشان داد هیچ‌گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است و داده‌ها نرمال بود ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها و آزمون همگنی شیب خط رگرسیون از لحاظ آماری معنادار نبود ($p > 0.05$) که این نیز به معنای برقراری مفروضه‌های فوق است؛ بنابراین، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک طرفه بلا مانع است.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که با احتمال ۸۳ درصد تعدیل اثر نمره‌های ادراک بیماری پیش‌آزمون بر روی نمرات ادراک پس‌آزمون، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های ادراک بیماری معنادار بود ($p < 0.001$)؛ یعنی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری موجب افزایش ادراک بیماری مردان مبتلا به بیماری قلبی شده است.

۴ بحث

هدف از انجام دادن این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی در شهر قائم‌شهر بود. یافته‌ها نشان داد این روش درمانی در بهبود ادراک بیماری بیماران کرونر قلبی مؤثر است. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق گراهام و همکاران (۷)، ایوانوا و همکاران (۱۳)، مک‌اووی و همکاران (۱۴)، پاملا و همکاران (۱۵)، فتحی احمد سرائی و همکاران (۱۶) هم‌خوانی دارد.

ارزشمندی زندگی در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) از طریق فرایندهایی نظیر پذیرش، گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث دربندماندن افراد می‌شود، همراه با در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهد به تحقق می‌پیوندد. هریک از این فرایندها به‌نوعی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). به همین دلیل نیز برخی از صاحب‌نظران، پذیرش و تعهد درمانی (ACT) را درمان مبتنی بر اقدام هدایت‌شده از طریق ارزش‌ها نیز نام‌گذاری کرده‌اند (۱۹). برای تغییر در فرایند بهبودی و رهایی از بیماری، ابتدا سلامتی و پرهیز از بیماری باید به‌عنوان یک ارزش برای بیمار در نظر گرفته شود و برای اینکه این ارزش‌گذاری صورت پذیرد، باید فرد درکش از بیماری را به‌صورت واقع‌بینانه درآورد تا بتواند فرایند تعهد را عملی سازد.

از طرف دیگر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) دارای مؤلفه‌های وجودگرایی جدی نیز است. برای نمونه، سؤالات کاربردی و محوری‌ای که در این نوع درمان مدنظر قرار می‌گیرد، عبارت است از: در زندگی کوتاه خود در این سیاره به کجا می‌خواهید بروید؟ اکنون در زندگی خود در کدام جایگاه هستید؟ چه چیزی قلباً و عمیقاً برای شما در زندگی مسئله است؟ از طریق تمرکز بر چنین سؤالات وجودگرایانه‌ای، افراد بدون تردید به تصویر جامع زندگی خود اندیشیده، به‌تدریج به آن پی می‌برند. علاوه بر این، چنین اندیشه و تجارب بعدی آن باعث می‌شود به‌تدریج آن‌ها بدون اجتناب تجربی با مسائل زندگی خود مواجه شوند و از طریق ارزش‌های محوری در زندگی خود، انگیزه و تمایل به تغییر رفتار را در راستای اهداف ارزشمند زندگی در خود پدید آورند (۲۰). از طرف دیگر، تفکر زیربنایی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) این است که آنچه را خارج از شماست، بپذیرید و نسبت به آنچه برای زندگی شما ارزش و اهمیت دارد، تعهد نشان دهید.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از تعهد و پذیرش درمانی (ACT)، برای آن گروه از بیماران قلبی است که خود و اطرافیان و حتی پزشک متخصص معالجتان احساس می‌کنند از ادراک ناقص بیماری رنج می‌برند. پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان، روان‌شناسان سلامت و بالینی در مراکز قلبی و بیمارستان‌های تخصصی استفاده کنند.

References

1. Barghi Irani Z, Aliakbari Dehkordi M, Zare H, Alipour A, Shahidi G. Causal Relationship of Disease Perception, Pharma-Following and Life Quality in Aged People with Parkinson. *Clinical Psychology and Personality*. 2014;2(10):51-60. [Persian] <http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-790-en.html>
2. Mohseni Pouya H, Hajimiri K, Esmaeili Shahmirzadi S, Golshani S, Hashemi Amrei SH, et al. Relationship between Health Promoting Behaviors and Severity of Coronary Artery Stenosis in Angiography Department in Mazandaran Heart Center. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(130):19-29. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-6388-en.html>
3. Mashreky SR, Rahman A, Khan TF, Svanström L, Rahman F. Determinants of childhood burns in rural Bangladesh: A nested case-control study. *Health Policy*. 2010;96(3):226-30. doi:[10.1016/j.healthpol.2010.02.004](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.02.004)
4. Joseph KA, Adams CD, Goldfarb IW, Slater H. Parental correlates of unintentional burn injuries in infancy and early childhood. *Burns*. 2002;28(5):455-63. doi:[10.1016/S0305-4179\(02\)00035-9](https://doi.org/10.1016/S0305-4179(02)00035-9)
5. Torabian S, Sadegh Saba MS. Epidemiology of pediatric burn injuries in Hamadan, Iran. *Burns*. 2009;35(8):1147-51. doi:[10.1016/j.burns.2009.06.194](https://doi.org/10.1016/j.burns.2009.06.194)
6. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, et al. The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on acceptance and commitment therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12(22):1-10. doi:[10.1186/1477-7525-12-22](https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-22)
7. Graham CD, Gillanders D, Stuart S, Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*. 2014;14(2):83-97. doi:[10.1177/1534650114539386](https://doi.org/10.1177/1534650114539386)
8. Butryn ML, Forman E, Hoffman K, Shaw J, Juarascio A. A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health*. 2011;8(4):516-22. doi:[10.1123/jpah.8.4.516](https://doi.org/10.1123/jpah.8.4.516)
9. Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML, Ledley GS. A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behavior Modification*. 2012;36(2):199-217. doi:[10.1177/0145445511427770](https://doi.org/10.1177/0145445511427770)
10. Brodbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(6):631-7. doi:[10.1016/j.jpsychores.2005.10.020](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020)
11. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia - Social Behavior Sciences*. 2010;5:962-5. doi:[10.1016/j.sbspro.2010.07.217](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.217)
12. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(2):336-43. doi:[10.1037/0022-006X.75.2.336](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336)
13. Ivanoa E, Jensen D, Cassoff J, Gu F, Knäuper B. Acceptance and commitment therapy improves exercise tolerance in sedentary women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 2015;6(47):1251-8. doi:[10.1249/MSS.0000000000000536](https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000536)
14. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BN, Swan A, Saulsman LM, et al. Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 175: 124-32. doi:[10.1016/j.jad.2014.12.046](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.046)
15. McCabe PJ, Barnason SA. Illness perceptions, coping strategies, and symptoms contribute to psychological distress in patients with recurrent symptomatic atrial fibrillation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;27(5):431-44. doi:[10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821e7ab1)
16. Fathi Ahmadsaraei N, Neshat Doost H T, Manshaee GR, Nadi MA. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2016;4(1):31-9. [Persian] doi:[10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31](https://doi.org/10.18869/acadpub.ihepsaj.4.1.31)
17. Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghigh Zadeh H, et al. Relationship between illness perceptions and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;22(90):33-41. [Persian] <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-1166-en.html>
18. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KM. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2012;42(3):485-95. doi:[10.1017/S0033291711001206](https://doi.org/10.1017/S0033291711001206)
19. Batten SV, Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies*. 2005; 4(3), 246- 62. doi:[10.1177/1534650103259689](https://doi.org/10.1177/1534650103259689)
20. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*. 2005;29(1):95-129. doi:[10.1177/0145445504270876](https://doi.org/10.1177/0145445504270876)