

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال سیزدهم شماره ۵۲ زمستان ۱۳۹۷

بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشانگان استرس و میزان سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته (ABS)

مریم مهدی عراقی^۱

کیانوش زهرا کار^۲

فرشاد محسن زاده^۳

چکیده

پژوهش نیمه‌تجربی حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشانگان استرس و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته (ABS) شهر سنج انجام پذیرفت. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته (ABS) مراجعه‌کننده به بیمارستان توحید شهرستان سنج بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه به تعداد ۲۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. افراد گروه آزمایش مداخله درمانی ACT را در ۱۰ جلسه (۱۲۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل از مداخله و یک هفته و یک ماه بعد از مداخله در دو مؤلفه میزان استرس و سرمایه روانشناختی بررسی شدند؛ ابزار پژوهش پرسش‌نامه استاندارد شده نشانگان استرس (SSI) و پرسشنامه استاندارد لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نشانگان استرس و میزان سرمایه روانشناختی در مرحله پیش

Email: mmahdiaraghi@gmail.com

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور (نویسنده مسئول)

۲- دانشیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران

۳- استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

آزمون و پس آزمون وجود دارد ($p > 0/001$). بنابراین، به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نشانگان استرس و افزایش سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته شد. بر اساس نتایج به دست آمده، کاربردهای ضمنی این پژوهش مورد بحث قرار خواهد گرفت.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ نشانگان استرس؛ سرمایه روانشناختی؛ سندرم قلب شکسته

مقدمه

سندرم قلب شکسته^۱ (ABS) یک عارضه گذراست که در آن عضله قلب به طور ناگهانی ضعیف شده یا فعالیتش دچار وقفه گردیده و در نتیجه بطن چپ تغییر شکل می‌دهد (موحد و دوناهو،^۲ ۲۰۰۷). در ایجاد این عارضه شوک عاطفی دخیل است؛ به طوری که در سه چهارم افرادی که در آنها تشخیص این نوع کاردیومیوپاتی داده شده، پیش از بروز این عارضه، استرس عاطفی یا جسمی قابل توجهی را تجربه کرده‌اند (سابن، راماکاندران، ویکتور، گنانراج و اجیت،^۳ ۲۰۱۲). این عارضه تنها بر اثر غم و اندوه به وجود نمی‌آید؛ بلکه طیف گسترده‌ای از احساسات باعث این بیماری می‌شوند: ترس‌های شدید، اضطراب، دلواپسی و حتی شگفت‌زدگی ناگهانی (ویوگ، هاسنین، مزوک، لوی، لزنفسکی و پاندورنگی،^۴ ۲۰۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند برخی عوامل مستعد کننده ابتلا به ABS عبارتند از: شنیدن خبر مرگ یکی از عزیزان، سانحه رانندگی، بیماری حاد جسمانی، مشاجرات خانوادگی، فشارهای روانی - عاطفی شدید و طولانی مدت و رسیدن زمان یائسگی در زنان (موحد و دوناهو، ۲۰۰۷؛ اشتهاودی، کاستنر، پاتریک، استفان، برن هارد، وال و کوک،^۵ ۲۰۰۹). هر چند پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اکثر بیماران پس از چند هفته بهبود می‌یابند، اما در فاز حاد

1- Apical Ballooning Syndrome

3- Subban, Ramachandran, Victor, Gnanaraj & Ajit

5- Eshtehardi, Koestner, Patrick, Stephan, Bernhard, Wahl & Cook

2- Movahed & Donohue

4- Vieweg, Hasnain, Mezuk, Levy, Lesnefsky & Pandurangi

می‌تواند عود مجدد (پتل، کوکا، پراساد و پراساد^۱، ۲۰۱۳) و یا حتی مرگ رخ دهد (موحد و دوناو، ۲۰۰۷).

در این میان استرس را می‌توان یکی از مهم‌ترین و فراگیرترین پدیده‌های جوامع امروزی دانست. علت این فراگیری آنست که همه افراد به نوعی با این پدیده درگیر هستند و استرس بخش عمده‌ای از زندگی انسان‌ها را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (زهراکار، ۱۳۹۱). همان‌گونه که تحقیقات نشان داده اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی، پوستی و مانند اینها همگی می‌توانند با فشار روانی و استرس پیوند داشته باشند (شیربیم، سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۸). استرس در چهار بعد هیجانی-عاطفی (تحریک‌پذیری، خشم، اضطراب)، شناختی (ناتوانی در حل مساله و تصمیم‌گیری)، جسمانی (اسهال، یبوست، احساس فشار در ناحیه قلب، زخم معده) و رفتاری (اختلال خواب، افراط یا تفریط در خوردن) می‌تواند عملکرد افراد را تحت تأثیر قرار دهد. سرمایه روانشناختی نیز به صورت باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال نمودن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل نمودن مشکلات می‌تواند بر کارآمدی افراد تأثیرگذار باشد (ارکوتلا^۲، ۲۰۱۴) و با ایجاد منابع کلیدی خودکارآمدی، امید، خوش‌بینی و تاب‌آوری، رفتار ایمنی بخش در مقابل استرس را تسهیل نماید (اد، میرنز، لارسون، لابرگ و جانسن^۳، ۲۰۱۲). بنابراین سرمایه روانشناختی به‌عنوان یک توانایی شناختی از طریق آموزش قابل ارتقا است تا به افراد کمک کند بتوانند استرس‌های گریزناپذیر را به فرصت‌های رشد روانی تبدیل کنند. در این میان برای کاهش استرس و ارتقاء سرمایه روانشناختی می‌توان از مداخلات و رویکردهای مختلفی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT) استفاده کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارای دو بخش ذهن آگاهی و عمل و تجربه در زمان حال است و بیشتر بر عوامل ذهنی و تغییر امور ذهنی فرد از نبود پذیرش به پذیرش متمرکز می‌شود (حسینائی، احدی، فتی، حیدری و مظاهری، ۱۳۹۲) و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (کیتی و لانس^۵، ۲۰۱۴). مزیت این روش

1- Patel, Chokka, Prasad & Prasad

3- Eid, Mearns, Larsson, Laberg & Johnsen

5- Katie & Lance

2- Erkutlu

4- Acceptance and Commitment Therapy

نسبت به سایر درمان‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی است (کویین، سودن و اشورث، ۲۰۱۴) که سبب می‌گردد به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (پورفرج عمران، ۱۳۹۰) و بتواند در برخورد با محرک‌های محیطی عملکرد بهتری داشته باشد. به نظر می‌رسد با توجه به مؤلفه‌ها و ویژگی‌های سندرم قلب شکسته، ACT می‌تواند در بهبود این بیماران و کاهش بروز علائم تاثیرگذار باشد.

طبق مطالعات انجام شده، درمان ACT بر اضطراب، افسردگی، اختلالات کلی عاطفی، کیفیت زندگی و وضعیت جسمانی و درد مزمن اثر فراوانی دارد (کیتی و همکاران (۲۰۱۴)؛ مک کراکن، واولز و اکلستون^۲ (۲۰۰۵)). ویکسل، اولسون و ملین^۳ (۲۰۰۹) در یک فراتحلیل در خصوص اثرگذاری درمان ACT نشان دادند که با توجه به نتایج عملکرد فیزیولوژیکی و عاطفی، این درمان یک درمان مؤثر برای درد است. براین اساس همان گونه که استرس محرک اصلی این سندرم است، خود سندرم هم باعث افزایش استرس می‌گردد. لذا به‌نظر می‌آید مجهز نمودن بیماران مبتلا به ABS به روش‌های مقابله‌ای صحیح با استرس، برای جلوگیری از عود مجدد مفید به نظر برسد. از طرف دیگر با وجود جستجوی بانک‌های اطلاعاتی مطالعه‌ای که اثر روش ACT را بر کاهش نشانگان استرس در بیماران سندرم قلب شکسته انجام داده باشد یافت نشد. در این راستا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشانگان استرس و میزان سرمایه روانشناختی در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته انجام شده است.

روش

این پژوهش نوعی مطالعه تجربی با گروه کنترل بود و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته ساکن در شهر سنندج بود که ویژگی‌های بالینی ذیل را داشتند: تنگی نفس، درد قفسه سینه مشابه درد حمله قلبی، بی‌نظمی در ضربان قلب، اختلال در نوار قلبی، عدم وجود انسداد عروق کرونر. نمونه آماری پژوهش شامل کلیه افرادی بود که با انواع

1- Kevin, Sowden & Ashworth
3- Wicksell, Olsson & Melin

2- Mccrackn, Vowels & Eccleston

شکایات قلبی به بیمارستان توحید شهر سنج (مرکز تخصصی قلب استان) مراجعه نمودند. پس از معاینه پزشک و انجام آنژیوگرافی، با مشاهده علائم سندرم قلب شکسته و عدم گرفتگی عروق کرونر تشخیص سندرم قلب شکسته (ABS) توسط پزشک متخصص قلب در مورد آنان داده شد. از میان این افراد به منظور کاهش خطای نوع اول و همچنین بر اساس مطالعات قلبی جمشیدی فر (۲۰۱۴)، کیانی، سودانی، سیدیان و شفیق آبادی (۱۳۸۹) و شیربیم، سودانی و شفیق آبادی (۱۳۸۸) تعداد ۲۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند و برای شرکت در طرح پژوهشی تمایل داشتند، با اخذ رضایت کتبی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود نمونه عبارت بودند از: افراد دارای علائم ABS، افراد بیمار ۳۰ تا ۴۰ ساله، دارای تحصیلات حداقل دیپلم و رضایتمندی جهت شرکت در پژوهش. افراد نمونه به شیوه تصادفی ساده به دو گروه تقسیم شدند. ۱۰ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۰ نفر در گروه گواه. لازم به ذکر است که جهت انجام پژوهش، کد اخلاق به شماره MUK.REC.1394.347 از دانشگاه علوم پزشکی کردستان اخذ گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس سنجش نشانگان استرس: این پرسشنامه بر اساس پرسشنامه نشانگان استرس (سیدخراسانی و صدیقیانی، ۱۳۷۷) و با تغییرات و اضافه کردن خرده‌مقیاس دیگری تهیه شده است. دارای ۵۰ گویه است که چهار دسته از نشانگان استرس (شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی) را اندازه‌گیری می‌کند. در تهیه اولیه این پرسشنامه از منابعی همچون DSM-IV، پژوهش‌های گذشته و آزمون نشانگان استرس مازلچ استفاده شده است. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون، در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت اصلاً وجود ندارد=۰، خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۴، زیاد=۵، خیلی زیاد=۶ نمره گذاری می‌شود. سیدخراسانی و صدیقیانی (۱۳۷۷) ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰.۸۲٪ اعلام کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۹٪ شد.

پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز و همکاران: این پرسشنامه جهت سنجش سرمایه روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه است و

آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. سؤالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده‌مقیاس خودکارآمدی، سؤالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس امیدواری، سؤالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده‌مقیاس تاب‌آوری و ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده‌مقیاس خوش‌بینی می‌باشد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷٪ شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: از جمله درمان‌های رفتاری موج سوم است که با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار در هم آمیخته است، و از طریق شش فرایند گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه حال، مشاهده خود، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه عمل می‌کند (بقولی و تویسرکانی، ۱۳۹۴). در این پژوهش بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس پروتکل درمانی مندرج در کتاب «زندگی با درد مزمن»، نوشته ولز و سورل، ترجمه مسگریان (۱۳۹۰)، تدوین و برای یک گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۲ ساعته، هر هفته یک بار به شرح زیر اجرا شد.

جدول (۱) مراحل اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوعات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر. کمک به اعضای گروه برای درک ماهیت اضطراب خود و کسب اطلاع از راهبردهای مقابله‌ای خویش
جلسه دوم	استفاده از تمرینات تجربی برای آزمون اثربخشی استراتژی‌های کنترل. آشنایی با مفهوم «ذهن آگاهی»
جلسه سوم	توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی. معرفی مفهوم فیوژن
جلسه چهارم	معرفی اهمیت ارزش‌ها و تفاوت آنها با اهداف
جلسه پنجم	ادامه تلاش برای ذهن آگاهی. معرفی راه‌های عملی مکمل برای فیوژن سریع‌تر.
جلسه ششم	معرفی و تبیین انعطاف‌پذیری روانی
جلسه هفتم	معرفی و تبیین «خود مفهوم‌سازی شده». شناخت ارتباط بین خود مفهوم‌سازی شده با اضطراب
جلسه هشتم	کار بر روی «تعهد» نسبت به ارزش‌های شناسایی شده در جلسات قبل
جلسه نهم	شکل دادن به تعهدات. ادامه تاکید بر مهارت‌های ذهن آگاهی
جلسه دهم	آموزش به اعضا برای اینکه درمانگر خود باشند. تأمل در پیشرفت و ادامه اهداف اعضا

روش گردآوری داده‌ها: بعد از انتخاب گروه‌ها جهت تعیین میزان استرس و سرمایه روانشناختی آنها پرسشنامه مربوطه در اختیار افراد گروه‌ها قرار گرفت که نسبت به تکمیل آن اقدام کردند (پیش‌آزمون). سپس برای گروه مداخله جلسات مورد نیاز طی ۱۰ هفته هر هفته یک جلسه دو ساعته تشکیل گردید و برنامه آموزشی طبق جدول (۱) ارائه گردید. سپس یک هفته بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله مجدداً پرسشنامه نشانگان استرس و سرمایه روانشناختی در اختیار بیماران (در هر دو گروه) قرار گرفت و اقدام به تکمیل آن نمودند (پس‌آزمون اول و دوم). در ادامه داده‌های گردآوری شده در اختیار مشاور آماری جهت تحلیل قرار گرفت. ضمناً برای اجتناب از هرگونه خطا، ارتباط با بیماران در مراحل گردآوری داده‌ها توسط یکی از همکاران طرح که حساسیتی به نتایج مطالعه نداشت انجام گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها بر اساس مقیاس اندازه‌گیری متغیرها و نوع توزیع آنها از آزمون کواریانس استفاده شد. نرم‌افزار مورد استفاده SPSS نسخه ۲۱ بوده و $p < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردیده است.

یافته‌ها

از ۲۰ بیمار مورد مطالعه ۸ نفر مرد (۴۰٪) و ۱۲ نفر زن (۶۰٪) بودند. میانگین سن بیماران $38/32 \pm 3/60$ سال بود. از نظر تحصیلات ۱۰ نفریلم (۵۰٪)، ۸ نفر لیسانس (۴۰٪) و ۲ نفر فوق‌لیسانس (۱۰٪) و همچنین تمام بیماران متاهل بودند؛ بیماران (آزمودنی‌ها) از نظر ویژگی‌های جنس، سن و تحصیلات تفاوت معناداری با هم نداشتند ($p > 0/05$).

در این پژوهش، علاوه بر آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) از آمار استنباطی نیز برای آزمودن فرضیه‌ها استفاده گردید. میانگین و انحراف معیار مقیاس نشانگان استرس و سرمایه روانشناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار مولفه‌های نشانگان استرس و سرمایه روانشناختی

	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
نشانگان استرس	۱۴/۱۰	۱۶/۹	۱۴/۲۷	۱۲۲/۹۰	۱۴/۲۷	۱۲۷/۵۰
سرمایه روانشناختی	۸۰/۶۰	۶/۲۱	۱۱۱/۵۰	۴/۹۲	۱۰۹/۲۸	۵/۱۴
	۱۴۵/۲۶	۱۵/۰۹	۱۴۶/۸۰	۱۴/۸۷	۱۴۷/۹۰	۱۵/۴
	۷/۲۰	۷۷/۶۰	۶/۱۲	۷۸/۷۰	۸/۰۱	۷۷/۸۰

همان‌گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات استرس در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل تفاوت مشاهده می‌شود، همچنین بین نمرات سرمایه روانشناختی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از روش تحلیل کواریانس استفاده گردید. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های آزمون آماری مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت. پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها استفاده شد. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌ها و درجات آزادی در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

منبع	f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پس آزمون نشانگان استرس	۱/۰۰۲	۲	۲۷	۰/۳۸۰
پس آزمون سرمایه روانشناختی	۱/۰۹۲	۲	۲۷	۰/۳۵۰

بر اساس مندرجات جدول (۳)، سطح معناداری (۰/۳۸۰) برای نشانگان استرس و (۰/۳۵۰) برای سرمایه روانشناختی نشان‌دهنده آن است که داده‌ها از مفروضه تساوی خطای واریانس تخطی نکرده‌اند.

برای تحلیل فرضیه اول در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان استرس، از تحلیل کواریانس استفاده شد، که نتایج حاصل از داده‌ها در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس جهت تعیین اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان استرس

منبع	متغیر وابسته (نشانگان استرس)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
کوریته (پیش آزمون نشانگان جسمانی)	پس آزمون	۵۳۹/۰۹۲	۱	۵۳۹/۰۹۲	۶۶/۶۹۶	۰/۰۰۰
پیشگیری	پس آزمون	۴۸۱/۷۸۸	۱	۴۸۱/۷۸۸	۳۷/۷۹۴	۰/۰۰۰
کوریته (پیش آزمون نشانگان عاطفی)	پس آزمون	۱۶۳/۹۱۳	۱	۱۶۳/۹۱۳	۹۰/۸۰۵	۰/۰۰۰
پیشگیری	پس آزمون	۶۴/۴۲۷	۱	۶۴/۴۲۷	۱۷/۶۴۵	۰/۰۰۱
کوریته (پیش آزمون نشانگان شناختی)	پس آزمون	۱۲۳/۴۶۰	۱	۱۲۳/۴۶۰	۴۳/۲۴۰	۰/۰۰۰
پیشگیری	پس آزمون	۱۳۹/۰۰۰	۱	۱۳۹/۰۰۰	۳۱/۷۶۱	۰/۰۰۰
کوریته (پیش آزمون نشانگان رفتاری)	پس آزمون	۳۷۰/۲۲۰	۱	۳۷۰/۲۲۰	۲۲۹/۸۶۷	۰/۰۰۰
پیشگیری	پس آزمون	۳۵۴/۵۷۹	۱	۳۵۴/۵۷۹	۵۵/۰۸۹	۰/۰۰۱

جدول (۴) بیانگر اثر بین‌آزمودنی‌ها در هر کدام از ابعاد استرس در پس آزمون و پیشگیری است که نشان می‌دهد میان اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و نشانگان استرس (نشانگان رفتاری، جسمانی، شناختی و عاطفی) در پس آزمون و پیشگیری رابطه وجود دارد؛ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر چهار مؤلفه نشانگان استرس تأثیرگذار بوده است. این نتایج بدین معناست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل نمرات پیش‌آزمون منجر به کاهش معنادار نشانگان استرس در مراحل پس‌آزمون و پیشگیری نسبت به گروه کنترل شده است. بررسی ابعاد نشانگان استرس نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان جسمانی تأثیرگذاری بهتری را داشته است و نشانگان جسمانی استرس را کاهش داده است.

برای تحلیل فرضیه دوم در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی، از تحلیل کواریانس استفاده شد، که نتایج حاصل از داده‌ها در جدول (۵)

ارائه شده است.

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت تعیین اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سرمایه روانشناختی

منبع	متغیر وابسته (نشانه‌گان استرس)	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
کوریته (پیش‌آزمون خودکارآمدی)	پس آزمون پیگیری	۳۰/۸۷۸ ۵۱/۹۰۲	۱	۳۰/۸۷۸ ۵۱/۹۰۲	۸/۸۷۹ ۱۳/۱۶۹	۰/۰۰۸ ۰/۰۰۲
کوریته (پیش‌آزمون امیدواری)	پس آزمون پیگیری	۵/۴۵۴ ۰/۱۸۴	۱	۵/۴۵۴ ۰/۱۸۴	۰/۸۲۴ ۰/۰۲۳	۰/۰۰۷ ۰/۰۰۱
کوریته (پیش‌آزمون تاب‌آوری)	پس آزمون پیگیری	۵۲/۹۱۱ ۳۵/۷۷۱	۱	۵۲/۹۱۱ ۳۵/۷۷۱	۲۸/۴۷۵ ۷/۳۵۹	۰/۰۰۰ ۰/۰۱۵
کوریته (پیش‌آزمون خوش‌بینی)	پس آزمون پیگیری	۵۰/۲۶۹ ۶۵/۵۸۳	۱	۵۰/۲۶۹ ۶۵/۵۸۳	۲۶/۸۴۸ ۲۴/۶۵۷	۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰

جدول (۵) بیانگر اثر بین‌آزمودنی‌ها در هر کدام از ابعاد سرمایه روانشناختی در پس‌آزمون و پیگیری است که نشان می‌دهد میان اثربخشی و ماندگاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ابعاد سرمایه روانشناختی (خودکارآمدی، تاب‌آوری، امیدواری و خوش‌بینی) در پس‌آزمون و پیگیری رابطه وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر چهار مؤلفه سرمایه روانشناختی تأثیرگذار بوده و باعث افزایش سرمایه روانشناختی در آزمودنی‌ها شده است. بررسی ابعاد سرمایه روانشناختی نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دو مؤلفه تاب‌آوری و امیدواری اثربخشی بهتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌گان استرس و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته (ABS) شهرستان سنج بود. نتایج پژوهش نشان داد اعضای نمونه از نظر برخی ویژگی‌های دموگرافیک مانند: سن، جنس، تأهل و تحصیلات در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری با هم نداشتند و تغییرات مربوط به استرس و سرمایه روانشناختی تحت تأثیر این متغیرها نبوده است و درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان استرس و افزایش سرمایه روانشناختی بیماران اثرگذار بوده است. با مقایسه میانگین‌ها مشاهده می‌شود که این درمان بر دو بعد تاب‌آوری و امیدواری از ابعاد سرمایه روانشناختی و نشانگان جسمانی استرس اثرگذاری بیشتری داشته است؛ بر اساس این یافته می‌توان نتیجه گرفت که این شیوه درمانی می‌تواند بر کاهش ابتلا به سندرم قلب شکسته اثر داشته و از عود مجدد آن جلوگیری نماید.

همسو با پژوهش حاضر، دیویس و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود که متغیرهای فیزیولوژیکی و رفتاری را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های نتایج درمان برای بررسی اثرگذاری ACT بر اضطراب در نظر گرفته بودند، مشاهده کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اثرگذار است. نیلز و همکاران (۲۰۱۴)؛ سوین و همکاران (۲۰۱۴)؛ الینبرگ و همکاران (۲۰۱۲) و فلکسمن و باند (۲۰۱۰) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که با وجودی که ACT الگوهای فکری را به‌طور مستقیم مورد هدف قرار نمی‌دهد، اما با کاهش شناخت‌های منفی در درمان اختلال اضطرابی مؤثر است، که پژوهش حاضر نیز این اثرگذاری را نشان می‌دهد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های عابدی و همکاران (۱۳۹۲)؛ حسینائی و همکاران (۱۳۹۲)؛ مژدهی و همکاران (۱۳۹۰)؛ قرایی اردکانی و همکاران (۱۳۹۰) و پور فرج عمران (۱۳۹۰) مبنی بر اثربخشی ACT بر کاهش استرس نیز همسو می‌باشد. اهمیت این نتایج را می‌توان به یافته‌های یکی از بزرگ‌ترین مطالعات در این خصوص ربط داد که با بیش از ۱۲ سال پیگیری بر روی ۷۲۳۵۹ زن بدون سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی نشان داد: سطح بالایی از اضطراب و استرس با افزایش خطر مرگ قلبی ناگهانی و ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همراه بوده‌است و تنها عامل مشترکی که در میان تمام عوامل خطرزای بیماری‌های قلبی وجود داشت، میزان استرس بالا بود (اشتهدادی، ۲۰۰۹). این یافته‌ها اهمیت روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش نشانگان استرس نشان می‌دهند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترکیب شیوه‌های پذیرش و توجه آگاهی با تعهد و تغییر رفتار به فرد می‌آموزد به‌جای چالش با افکار - امری که در فرایند استرس مشاهده می‌گردد- آنها را بدون قضاوت بپذیرد و کشمکش با اضطراب را کنار بگذارد. نیلز و

همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند ACT از طریق چهار فرایند پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی و عمل متعهدانه بر استرس اثر می‌گذارد و به فرد می‌آموزد که با تمرکز بر ارزش‌های انتخاب شده، احساسات شدید راجع به رنج بردن و احساسات بدنی درد را بدون قضاوت یا ترس از آسیب، تجربه کرده و بپذیرد که در نتیجه بهبود عملکرد و کاهش نشانگان جسمانی استرس رخ می‌دهد.

در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سرمایه روانشناختی مطالعه مشابه‌ای در منابع داخلی و خارجی صورت نگرفته است، اما پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روانشناختی افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته تأثیرگذار بوده و موجب افزایش آن گردیده است. همانگونه که الینبرگ^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان دادند امید، خوش‌بینی و حمایت اجتماعی سه منبع کلیدی انعطاف‌پذیری هستند که به فرد کمک می‌کنند تا با علائم سندرم استرس پس از سانحه مقابله کند، و به‌طور خاص نشان دادند که بین امیدواری و خوش‌بینی (۲ مؤلفه سرمایه روانشناختی) و بروز علائم استرس و تروما همبستگی منفی وجود دارد. چانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که امیدواری و سرمایه روانشناختی پیش‌بینی‌کننده‌های مهمی در خصوص بروز علائم استرس هستند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانی است، در طی فرآیند درمان از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی بر امیدواری و خوش‌بینی افراد که از مؤلفه‌های اصلی سرمایه روانشناختی هستند تأثیرگذار بوده و با بهبود این دو مؤلفه توانسته سرمایه روانشناختی را بالا برد؛ مجموعه‌ای از شواهد وجود دارد که نشان می‌دهند افزایش انعطاف‌پذیری عامل بسیار مهمی در بهبود مؤلفه‌های امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری در سرمایه روان‌شناختی است (اد و همکاران، ۲۰۱۲؛ سیو و همکاران، ۲۰۰۹)، امری که هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز می‌باشد. ACT بیش از آنکه تأکید بر بهبودی علائم داشته باشد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی را مد نظر قرار می‌دهد و تلاش می‌کند توانایی فرد برای شناخت و عمل کردن بر پایه

1- Eilenberg

2- Chang

ارزش‌های زندگی شخصی‌اش را افزایش دهد (الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۳). تکنیک‌هایی که برای حمایت از این امر طراحی شده اند کمک می‌کنند در پاسخ به افکار و احساسات زجرآور، ارزش‌های فرد همچنان حفظ شوند و در نتیجه کیفیت زندگی - همان هدف مورد تأکید سرمایه روان‌شناختی - افزایش یابد (سوین و همکاران، ۲۰۱۴).

در پایان قابل ذکر است این پژوهش به دلیل نو بودن موضوع با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله، مهم‌ترین محدودیت پژوهش، نمونه کم و در دسترس بود. چرا که باید ابتدا تشخیص بیماری در اعضای نمونه داده می‌شد و منبع مهم تشخیص بالینی آنژیوگرافی بود. صرف زمان زیاد برای انجام کارهای بالینی تشخیصی موجب شد که بیماران کمتری حاضر به شرکت در طرح پژوهش شوند. همچنین پژوهش حاضر در شهرستان سنندج انجام شد، شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی متفاوتی بر این سندرم تأثیرگذار بوده و همین امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به دیگر مناطق با زمینه‌های فرهنگی - اقتصادی دیگر سخت‌تر می‌کند، چرا که برخی زمینه‌های ابتلا به این سندرم به شرایط محیطی وابسته است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، به بررسی تأثیرگذاری انواع روش‌های روانشناختی بر سندرم قلب شکسته پرداخته شود. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به پزشکانی که درگیر این بیماران هستند کمک کند که بتوانند با بیمارانشان ارتباط بهتری برقرار کنند و در درمان آنها علاوه بر عوامل جسمانی، عوامل روانشناختی تأثیرگذار را نیز مورد توجه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از جناب آقای دکتر سیامک واحدی فوق تخصص قلب که همکاری صمیمانه‌ای در ویزیت بیماران داشتند و همچنین تمام بیمارانی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم کردند قدردانی به عمل می‌آید.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله:	۱۳۹۷/۰۲/۲۰
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله:	۱۳۹۷/۰۶/۱۱
تاریخ پذیرش مقاله:	۱۳۹۷/۰۸/۱۵

منابع

- بقولی، حسین و مهدیه تویسرکانی (۱۳۹۴). مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، تهران: انتشارات ارجمند.
- پورفرج عمران، علی (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان، فصلنامه دانش و تندرستی، ۶ (۲): ۱۲-۲.
- حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا و محمدمهدی مظاهری (۱۳۹۲). تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹ (۲): ۱۲۰-۱۰۹.
- زهراکار، کیانوش (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان عقلانی، هیجانی و رفتاری به شیوه گروهی در کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت، فصلنامه دانش و تندرستی، ۷ (۴): ۱۶۴-۱۶۰.
- شیربیم، زهرا؛ سودانی، منصور و عبدالله شفیع‌آبادی (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانشجویان، فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۷ (۳): ۱۶۳-۱۳۹.
- کیانی، رویا؛ سودانی، منصور؛ سیدیان، مسعود و عبدالله شفیع‌آبادی (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر نشانگان جسمانی و اضطراب بیماران عروق کرونر قلب شهر اهواز، مجله علمی پزشکی، ۹ (۵): ۴۹۵-۵۰۶.
- ولز، کوین و جان سورل (۱۳۹۱). زندگی با درد مزمن، مترجم: فاطمه مسگریان، تهران: نشر نسل فردا، انتشار به زبان اصلی، بی‌تا).
- Chang, E., Yu, T., Chang, O., & Hirsch, J. (2016). Hope and trauma: Examining a diathesis-stress model in predicting depressive and anxious symptoms in college students, *Personality and Individual Differences*, 96, 52-54.
- Clarke, S., Kingston, J., James, K., Bolderston, H., & Remington, B. (2014). Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 179-188.
- Davies, C., Niles, A. و Pittig, A., Arch, J., & Craske, M. (2013). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy

-
- for anxiety, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35-43.
- Eid, J., Mearns, K., Larsson, G., Laberg, C., & Johnsen, B. (2012). Leadership, psychological capital and safety research: Conceptual issues and future research questions, *Safety Science*, 50, 55–61.
- Eifert, G. & Forsyth, J. (2005) . *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*, Oakland: New Harbinger.
- Eilenberg, L., Fink, K., Frosthalm (2012). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety –Results from a pilot study, *Journal of Anxiety Disorders*, 27 , 461– 468.
- Erkutlu, H. (2014). Exploring the moderating effect of psychological capital on the relationship between narcissism and psychological wellbeing, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 1148 – 1156.
- Eshtehardi, P., Koestner, Simon., A, Patrick., W, Stephan., M, Bernhard., Hess, O., Wahl, A., & Cook, S. (2009) . Transient apical ballooning syndrome — clinical characteristics, ballooning pattern, and long-term follow-up in a Swiss population, *International Journal of Cardiology*, 370–375.
- Flaxman, P., Bond, F. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training, *Behaviour Research and Therapy*, 48, 816-820.
- Jamshidifar, Z., Salehi Moghadam, N., & Mohammadizadeh, S. (2014). Effectiveness of Group Training of Stress Inoculation in Reducing Perceived Stress, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 430 – 432.
- Katie E.J, H., & Lance M,M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 217–227.
- Kevin,V., Sowden, G., & Ashworth, J. (2014) . A Comprehensive Examination of the Model Underlying Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain, *Behavior Therapy*, 45, 390–401.
- Mccracken LM., Vowels KE., & Eccleston C. (2005). Acceptance based treatment for persons with complex, longstanding chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase, *Behav Res Ther*, 48 (2): 141-6.

-
- Movahed, M-R., & Donohue, D. (2007). Review: transient left ventricular apical ballooning, broken heart syndrome, ampulla cardiomyopathy, atypical apical ballooning, or Tako-Tsubo cardiomyopathy, *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 8, 289–292.
- Niles, A., Burklund, L., Arch, Joanna J., Lieberman, Matthew D., Saxbe, D., & Craske, M. (2014). Cognitive Mediators of Treatment for Social Anxiety Disorder: Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy, *Behavior Therapy*, 45, 664–677.
- Patel, Sandeep., Chokka, Ra mesh., Prasad, Kavita., & Prasad, Abhiram. (2013). Distinctive Clinical Characteristics According to Age and Gender in Apical Ballooning Syndrome (Takotsubo/Stress Cardiomyopathy): An Analysis Focusing on Men and Young Women, *Journal of Cardiac Failure*, Vol. 19, No. 5, 306- 310.
- Subban, V., Ramachandran, S., Victor, S., Gnanaraj, A., & Ajit, M. (2012). Apical ballooning syndrome in first degree relatives, *Indian Heart Journal*, 64, 607- 609.
- Vieweg, V., Hasnain, Ml., Mezuk, B., Levy, J., Lesnefsky, E., & Pandurangi, A. (2011). Depression, Stress, and Heart Disease in Earthquakes and Takotsubo Cardiomyopathy, *The American Journal of Medicine*, 124, 900-907.
- Wicksell RK., Olsson GL., & Melin L. (2009). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) - further validation including a confirmatory factor analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia, *Euro J Pain*, (13): 760-768.