

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی

دکتر علیرضا کاکاوند ✉

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

محمدرضا باقری

دانشگاه آزاد اسلامی کرج

فرهاد شبیرمحمدی

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۰۲

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۸

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل کلیه‌ی مردان سالمند مبتلا به بیماری قلبی - عروقی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد ۵۰ نفر که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه (۲۵ نفر گروه آزمایش و ۲۵ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی ۲ ماه برای گروه آزمایش به صورت گروهی انجام گرفت. تمام شرکت‌کننده‌ها قبل و بعد از درمان و در دوره‌ی پیگیری یک ماهه، پرسش‌نامه‌ی تنیدگی ادراک شده‌ی کوهن را تکمیل کردند. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر تنیدگی ادراک شده دارد و باعث کاهش خرده مقیاس‌های ادراک منفی و افزایش ادراک مثبت از تنیدگی شده است. نتایج مربوط به تنیدگی ادراک شده‌ی منفی در دوره‌ی پیگیری معنادار باقی مانده بود اما دو گروه در تنیدگی ادراک شده‌ی مثبت در مرحله‌ی پیگیری تفاوت معنی‌داری نداشتند. در نتیجه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تنیدگی ادراک شده مثبت را افزایش و تنیدگی ادراک شده منفی را در بیماران قلبی - عروقی کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنیدگی ادراک شده، بیماری قلبی - عروقی

از قبیل ویژگی‌های شخصیتی، الگوی رفتاری، واکنش‌پذیری جسمانی، خود درگیری، اضطراب و تنیدگی، افسردگی، خشم برون‌ریخته و فروخورده در بروز بیماری قلبی بررسی شده است (چوبدار، باباپور خیرالدین، خانجانی و زمینی، ۱۳۹۰).

توسعه‌ی اقتصادی و صنعتی و گسترش ارتباطات موجب ماشینی شدن زندگی و به دنبال آن سبب تغییراتی در شیوه‌ی زندگی و افزایش بروز بیماری‌های قلبی عروقی شده است. این تغییرات شامل مصرف دخانیات، کم‌تحرکی و رژیم غذایی ناسالم می‌باشد. از جمله عواملی که باعث

بیماری‌های قلبی - عروقی از شایع‌ترین علل از کارافتادگی و مرگ و میر در بزرگسالان به شمار می‌رود. در چند دهه‌ی اخیر پژوهش‌های وسیعی در مورد سبب‌شناسی بیماری‌های قلبی انجام گرفته و نقش عوامل روان‌شناختی

علیرضا کاکاوند، دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران؛ محمدرضا باقری، کارشناس ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛ فرهاد شبیرمحمدی، کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران.
✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به علیرضا کاکاوند، دکتری روان‌شناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران باشد.
پست الکترونیکی: ali.reza_kakavand@yahoo.com

تئیدگی، بر فشار خون، ضربان قلب و رفتار انسان‌ها تأثیر می‌گذارد (بهرامخانی، علی‌پور، جان‌بزرگی و برزگر قاضی، ۱۳۹۰). لازاروس (۱۹۹۱)، به نقل از بهرامخانی و همکاران، (۱۳۹۰) به تئیدگی به عنوان یک وضع بیرونی که خواست‌های غیرمعمول یا فوق‌العاده را بر شخص تحمیل می‌کند توجه کرده است. هانس سلیه^۲ نیز تئیدگی را پاسخ عمومی^۳ به محرک می‌داند (سارافینو، ۱۹۸۹/۱۳۹۱). اولین مطالعه‌ی جامع و منظم در زمینه‌ی ارتباط تئیدگی با بیماری‌ها توسط والتر کنون^۴ انجام شد. او نشان داد که تحریک دستگاه عصبی خودمختار به ویژه دستگاه سمپاتیک موجب پاسخ‌های بدنی می‌شود که این شرایط می‌تواند موجب بیماری فرد شود (سادوک و سادوک، ۱۹۹۵/۱۳۸۲).

بر اساس دیدگاه شناختی یک واقعه به خودی خود و بیرون از ذهن معنی خاصی ندارد، بلکه این ذهن شخص و ارزیابی وی از این موقعیت است که به آن معنا می‌دهد، به طوری که موقعیتی که برای فردی پراسترس است ممکن است برای دیگری رویدادی خنثی باشد (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). به دلیل این آسیب‌شناسی روانی، فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان برای بیمارانی که ترکیبی از بیماری پزشکی-عصبی و روان‌پزشکی دارند چالش ویژه‌ای را پیش می‌کشد (بوچانان و همکاران، ۲۰۰۶). شیوه‌های روان‌درمانی گوناگونی برای درمان مشکلات روان‌شناختی و مدیریت استرس در بیماران قلبی-عروقی پیشنهاد شده است، اما با توجه به مفهوم برجسته‌ی تعریف سازمان بهداشت جهانی^۵ از سلامت، پذیرش مفهوم زیستی-روانی-اجتماعی^۶ سلامت و بیماری‌ها، یک فرض اساسی از سلامت مرکب را ایجاد کرده است (زیکموند، ۱۹۹۳، به نقل از سوسیکووا و همکاران، ۲۰۰۱). بر این اساس در مفهوم سلامت، فرد باید از تمام جنبه‌ها و ابعاد مورد بررسی قرار گیرد.

یکی از شیوه‌های روان‌درمانگری که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار داده است، درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

افزایش بیماری‌های قلبی می‌شود، سبک زندگی ناسالم، استرس و تئیدگی در دوران کودکی و بزرگسالی است (رودیناک، و همکاران، ۲۰۱۵).

از طرفی طول عمر به دلیل کاهش بیماری‌های واگیردار در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال افزایش است و مردم به مدت طولانی‌تری در معرض این عوامل خطر قرار می‌گیرند. علائم افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی عبارت از احساس فشار آزاردهنده، سنگینی یا درد در وسط قفسه‌ی سینه که معمولاً به طور ناگهانی شروع شود و بیش از چند دقیقه ادامه یابد، هستند. اگر این درد به شانه‌ها، گردن، بازوها و فک پایین انتشار داشته باشد جدی‌تر خواهد بود. گاهی افرادی که دچار درد قلبی می‌شوند این درد و ناراحتی را به صورت احساس فشار ناشی از ایستادن فردی بر روی قفسه سینه یا احساس فشار ناشی از پیچیدن طناب به دور قفسه‌ی سینه شرح می‌دهند. سایر نشانه‌هایی که ممکن است همراه درد قفسه‌ی سینه باشند، احساس سبکی سر، سرگیجه‌ی شدید بدون علت، سنکوپ، تنگی نفس درحال استراحت یا در حال فعالیت، عرق کردن و ناراحتی معده هستند. همراه با درد قفسه‌ی سینه یا تنگی نفس ممکن است حالت تهوع نیز رخ دهد. باید به خاطر داشت همیشه در سکت‌های قلبی همه‌ی این علائم رخ نمی‌دهد و افراد ممکن است نشانه‌های مختلفی را تجربه کنند (نیک‌پژوه، ۱۳۸۸).

به نظر می‌رسد بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دو سویه وجود داشته باشد. حوزه‌ای در روان‌شناسی سلامت به نام ایمنی‌شناسی روانی-عصبی^۱ به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و سرانجام خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهند. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد، چگونه افسردگی، درماندگی، ناامیدی و رویدادهای تئیدگی‌زای زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شوند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۹۳/۱۳۹۰). در این میان یکی از عواملی که اخیراً به رابطه‌ی آن با بیماری‌ها و بویژه امراض جسمی تأکید شده است، تئیدگی یا استرس است. یکی از عوامل زیربنایی رویدادهای قلبی-عروقی تئیدگی است و مطالعات نشان داده‌اند که رویارویی مزمن با

² Hans Selye

³ general response

⁴ Walter Cannon

⁵ World Health Organization (WHO)

⁶ bio-psycho-social

⁷ acceptance and commitment therapy

¹ psychoneuroimmunology

بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روش‌شناسی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما) و هراس‌ها باشند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این شیوه‌ی درمان در بهبود علائم اختلال‌های روانی مختلف در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مؤثر بوده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) در پژوهشی به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افسردگی این بیماران در اثر این آموزش با کاهش معنی‌داری همراه است. مژده‌ی، اعتمادی و فلسفی‌نژاد (۱۳۹۰) در پژوهشی که تحت عنوان بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی در کاهش اضطراب مؤثر است. پورفرج عمران (۱۳۹۰) در پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان گروهی پذیرش و تعهد در کاهش هراس اجتماعی دانشجویان مؤثر است. فولی، بیدل، لاروکا، رزنی‌کوف و شینبرگ (۱۹۸۷) بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه را تحت درمان تنیدگی‌زدایی قرار دادند و مشخص شد که بیماران تحت درمان، تنیدگی کمتری را احساس کرده و از راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار بیشتری استفاده می‌کنند. همچنین هافس، رایبسون-ویلن، تایلور، و هال (۲۰۰۶) کارآمدی روش مداخله‌ی خود-مدیریتی تنیدگی را به صورت گروهی به منظور بهبود تنیدگی و ارتقای سلامت در میان زنان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی از جمله آسیب نخاعی، اسکروز چندگانه و آرتریت بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که این درمان در کاهش تنیدگی مؤثر است. از آنجا که بیماران مبتلا به مشکلات قلبی-عروقی و به خصوص بیماران سالمند ممکن است که تنیدگی و استرس قابل توجهی را متحمل شوند، انجام پژوهشی در زمینه‌ی اثربخشی این درمان بر بیماران سالمند ضروری

یکی از الگوهای درمانی بسط یافته‌ی اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن با درمان شناختی-رفتاری سنتی متفاوت است و اصول زیربنایی آن شامل (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن و (۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی بیش از حذف تجارب ناخواسته است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی منجر به کارکرد سالم می‌شود. این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آموزش مراقبت ذهنی است (والاس و همکاران، ۲۰۰۳).

پذیرش و تعهد درمانی در سال ۱۹۸۶ توسط هیز ایجاد شد. این روش قسمتی از موج سوم درمان‌های رفتاری است و به دنبال موج دوم این درمان‌ها از قبیل درمان شناختی-رفتاری پدید آمد. پذیرش و تعهد درمانی با یک برنامه‌ی تحقیقی تحت عنوان نظریه‌ی نظام ارتباطی^۴ در ارتباط است. آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (فورمن و هیرت، ۲۰۰۹). در این درمان ابتدا سعی می‌شود تا پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابل آن، اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه‌ی حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه‌ی حال آگاهی می‌یابد. در مرحله‌ی سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت)، به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط

⁴ relational from theory

تئیدگی ادراک شده توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است. این مقیاس ۱۴ گویه دارد و هر گویه بر اساس طیف لیکرت پاسخ داده می‌شود. این پرسش‌نامه دو خرده مقیاس را می‌سجد: (الف) ادراک منفی از تئیدگی و (ب) ادراک مثبت از تئیدگی. ضریب پایایی همسانی درونی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرباخ در پژوهش نیکنام، اللهیاری، رسول زاده و حجازی (۱۳۹۲) ۰/۹ بدست آمده که نشان‌دهنده پایایی بالای این پرسش‌نامه است. همچنین ثبات درونی این آزمون بر اساس نمونه‌ی پژوهشی حاضر به روش آلفای کرباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

طرح درمانی پذیرش و تعهد. در ابتدا از مصاحبه بالینی بر مبنای نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی برای بررسی اختلالات بالینی محور یک و دو جهت غربالگری افراد استفاده شد. با استفاده از این شیوه با هر یک از افراد مصاحبه‌ی انفرادی انجام شد. پس از برقراری رابطه و ایجاد احساس راحتی در بیمار، مشکلات اساسی او مورد بررسی قرار گرفت. سپس تاریخچه‌ی مشکلات او و سابقه‌ی دوران رشد و خانواده‌ی او مورد بررسی قرار گرفت. همچنین با استفاده از مصاحبه و وضعیت روانی بیمار نیز بررسی شد. در نهایت بر اساس نظام چند محوری نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی اقدام به تشخیص مشکلات بیماران شد. بر این اساس افرادی که شرایط ورود به این پژوهش را نداشتند با استفاده از این روش از تحقیق کنار گذاشته شدند. اگر چه تمام جزئیات فعالیت‌های انجام یافته در جلسات درمانگری را به علت حجم زیاد مطالب نمی‌توان ذکر کرد، با این وجود خلاصه‌ی فعالیت‌های انجام یافته در ۸ جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

می‌نماید. بنابراین با توجه به آنچه که بیان شد می‌توان هدف اصلی پژوهش حاضر را تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس سالمندان مرد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بیان کرد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مطالعه شامل کلیه‌ی مردان سالمند مبتلا به بیماری قلبی-عروقی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ می‌شد که از این میان، با روش نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند با جایگزینی تصادفی تعداد ۵۰ شرکت‌کننده پس از انجام مصاحبه بالینی بر مبنای نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، و با توجه به احتمال افت شرکت‌کنندگان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۲۵ نفر گروه آزمایش، ۲۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه نمونه به ترتیب ۵۹/۱۹ و ۴/۳۰ بود. معیار ورود به تحقیق مبتلا بودن به بیماری قلبی-عروقی و معیار خروج نیز، تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی، وسواس، دوقطبی، پرخاشگر، انحصارطلبی، روان‌پریشی و پارانوئید بود. چرا که این افراد تحت تأثیر گروه قرار نمی‌گیرند و انرژی گروه را به منظور یک فعالیت مفید تضعیف می‌کنند (کوری و کوری، ۲۰۰۲/۱۳۹۱). ۳۱ نفر (۶۲ درصد) از نمونه‌ی پژوهش زیر دیپلم، ۱۰ نفر (۲۰ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۱۲ درصد) فوق دیپلم و ۳ نفر (۶ درصد) نیز در سطح لیسانس بودند.

ابزار

پرسش‌نامه تئیدگی ادراک شده. پرسش‌نامه‌ی

جدول ۱

خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	فعالیت‌های انجام گرفته
اول	آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه
سوم	بیان کنترل به عنوان مسأله، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر، درگیر شدن با اعمال هدفمند
چهارم	کاربرد فن گسلس شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف
پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر
ششم	کاربرد فنون ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات به عنوان یک فرایند
هفتم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی
هشتم	درک ماهیت پذیرش و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها

روش اجرا

از بیماران مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی در شهر قزوین به طور داوطلبانه بیشتر از تعداد نمونه مورد نظر دعوت به شرکت در یک جلسه‌ی توجیهی شد. همچنین در این جلسه روش درمان و اهداف پژوهش حاضر به صورت کلی برای بیماران توضیح داده شد. به دلیل اینکه برخی از افراد شرایط شرکت در پژوهش را نداشتند و یا متمایل به شرکت در پژوهش نبودند، برای تکمیل گروه نمونه، جلسه‌ی توجیهی ۳ مرتبه تکرار شد و هر بار از تعدادی بیمار مبتلا به بیماری قلبی-عروقی که در جلسات قبل شرکت نداشتند، دعوت به عمل آمد. پس از مصاحبه و غربالگری از بین بیماران، ۵۰ نفر به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری گروه توضیح داده شد. در این جلسه سعی شد تا حدودی افراد با هم تعامل داشته باشند و با هم صحبت کنند تا اضطراب اولیه‌ی ورود

به گروه در آنها کاهش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه) هفته‌ای یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. به دلیل رعایت اصول اخلاق در پژوهش، شرکت‌کنندگان آزاد بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی درمان، جلسات را ترک کنند. به مدت یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه‌ی گروه، شرکت‌کنندگان مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در چارچوب شاخص‌های توصیفی، نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲

سطوح تنیدگی دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

سطح	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
ادراک مثبت از تنیدگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۳/۵۶۲۵	۴/۶۳۲۷۶
		پس‌آزمون	۱۵/۲۵۰۰	۴/۵۹۷۱۰
		پیگیری	۱۴/۶۲۵۰	۴/۱۲۹۱۶
ادراک منفی از تنیدگی	گواه	پیش‌آزمون	۱۳/۱۵۰۰	۳/۶۸۸۸۹
		پس‌آزمون	۱۲/۷۵۰۰	۳/۶۱۱۰۲
		پیگیری	۱۳/۲۵۰۰	۳/۷۳۹۹۰
ادراک مثبت از تنیدگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۸/۲۵۰۰	۴/۵۸۲۵۸
		پس‌آزمون	۱۲/۷۵۰۰	۴/۲۵۰۴۹
		پیگیری	۱۲/۸۷۵۰	۴/۱۷۷۳۲
ادراک منفی از تنیدگی	گواه	پیش‌آزمون	۱۷/۷۵۰۰	۳/۴۰۰۸۵
		پس‌آزمون	۱۸/۱۰۰۰	۳/۲۱۰۱۸
		پیگیری	۱۸/۵۰۰۰	۲/۶۶۵۵۷

دوره‌های پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. این افزایش در دوره‌ی پیگیری نسبت به پس‌آزمون بسیار کم است. برای بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره، ابتدا همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها

با توجه به جدول ۲، نمرات ادراک منفی گروه آزمایش از تنیدگی در پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری کاهش یافته است. تفاوت چندانی میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نمی‌شود. نمرات گروه گواه در این متغیر در

می‌باشد که برای بررسی آن در تنیدگی مثبت و منفی از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ آمده است.

محاسبه شد که نتایج نشان داد شیب پیش‌آزمون میانگین‌های تنیدگی مثبت و منفی با شیب پس‌آزمون آن برابر است. پیش‌فرض دوم کواریانس برابری واریانس‌ها

جدول ۳

نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها

متغیر وابسته	نسبت F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ادراک منفی از تنیدگی	۰/۶۵	۱	۱۸	۰/۵۷
ادراک مثبت از تنیدگی	۰/۲۹	۱	۱۸	۰/۸۵

کواریانس چند متغیری با استفاده از تحلیل کواریانس تک متغیری برای هر سطح جداگانه در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بررسی شد. برای احتراز از امکان خطای نوع اول تصحیح بن‌فرونی انجام شد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۵ آمده است.

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که آزمون‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند و این بدان معنی است که دست کم در یکی از متغیرهای عاطفه‌ی منفی و یا مثبت بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. برای تعیین اینکه کدامیک از سطوح تنیدگی به معنادار بودن نتیجه‌ی نهایی کمک کرده است، نتایج حاصل از آزمون

جدول ۴

آزمون کواریانس چندمتغیری برای بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

منابع تغییرات	مقدار	نسبت F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
مرحله پس‌آزمون	آزمون لامبدای ویلکز	۱۴/۲۵۷	۲/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱
مرحله پس‌آزمون	آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۴/۲۵۷	۲/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵
مرحله پیگیری	مرحله آزمون لامبدای ویلکز	۱۳/۰۲۵	۲/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱
مرحله پیگیری	آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۳/۰۲۵	۲/۰۰۰	۲۳/۰۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰

جدول ۵

نتایج آزمون کواریانس تک‌متغیری برای سطوح تنیدگی ادراک شده در پس‌آزمون

سطوح تنیدگی	نسبت F	درجه آزادی		
		کل	خطا	گروه
ادراک مثبت از تنیدگی	۱۰/۲۱۸	۴۹	۴۸	۱
ادراک منفی از تنیدگی	۲۶/۰۲۵	۴۹	۴۸	۱

و تعهد بر تنیدگی ادراک شده‌ی مثبت ($F_{(۱,۴۸)} = ۱۰/۲۱۸$ و $p = ۰/۰۰۴$) و بر تنیدگی ادراک شده‌ی منفی ($P = ۰/۰۰۰۵$ و $F_{(۱,۴۸)} = ۲۶/۰۲۵$) در مرحله پس‌آزمون اثر معنی‌داری داشت.

بر اساس نتایج حاصل از آزمون کواریانس تک متغیری، تحلیل هر یک از سطوح تنیدگی ادراک شده به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن‌فرونی (۰/۰۲۵) و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش

جدول ۶

نتایج آزمون کوواریانس تک‌متغیری برای سطوح تنیدگی ادراک شده در پیگیری

سطوح معناداری	نسبت F	سطح معناداری			سطوح تنیدگی
		کل	خطا	گروه	
۰/۰۴۳	۴/۵۸۷	۴۹	۴۸	۱	ادراک مثبت از تنیدگی
$P < ۰/۰۰۱$	۲۶/۸۶۵	۴۹	۴۸	۱	ادراک منفی از تنیدگی

می‌کند. ارزیابی تنیدگی از سوی افراد بزرگسال بیمار معمولاً شامل مشکلات کنونی و نگرانی‌های آینده، مانند احتمال ناتوانی یا مرگ است (بوچانان و همکاران، ۲۰۰۶).

افراد با بهره‌گیری از تجارب خود، مهارت‌های کنار آمدن را شامل راهکارهایی که پیش از آن خودشان بکار برده یا به کار رفتن آن‌ها را به وسیله دیگران دیده‌اند، می‌آموزند. اما بعضی اوقات امکان دارد مهارت‌هایی که آموخته‌اند برای مواجهه با تنیدگی‌های شدید جدید یا مستمر مناسب نباشند. در بعضی موارد، روش‌های آنان برای کاهش تنیدگی در کوتاه مدت مؤثر است مانند استفاده از الکل یا مواد، اما در دراز مدت موجب افزایش تنیدگی می‌شود. این‌گونه مشکلات معمولاً در افرادی ایجاد می‌شود که شدت تنیدگی در آنان به دلیل کمبود حمایت اجتماعی، کنترل فردی و غیره بالا است. اما این مشکلات در افرادی با شدت تنیدگی پایین نیز وجود دارد. زمانی که افراد نتوانند به گونه‌ای مؤثر با مشکلات کنار آیند، برای آموختن روش‌های مهار تنیدگی به کمک نیاز دارند. برای مهار تنیدگی روش‌های بسیاری وجود دارد. این راهکارها معمولاً روان‌شناختی هستند. روان‌شناسان برای کنار آمدن با تنیدگی روش‌هایی را تدوین کرده‌اند. بعضی از این روش‌ها به طور عمد به رفتار فرد و بعضی به فرایند تفکر می‌پردازند. افرادی که از این روش‌ها استفاده می‌کنند به طور کلی آن‌ها را مفید یافته‌اند (سارافینو، ۱۹۸۹/۱۳۸۷).

از نتایج به دست آمده‌ی پژوهش حاضر می‌توان از زوایای گوناگون نتیجه‌گیری‌های متفاوتی انجام داد. همراه با این نتیجه‌گیری‌ها، نتایج مربوط به فرضیه‌ی اول را با نتایج پژوهش‌های پیشین مقایسه می‌کنیم. ۱- مداخلات روان‌درمانی بر کاهش تنیدگی در زمینه‌ی بیماری‌های مزمن مؤثر هستند. در این برداشت کلی، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های پیشین که تأثیر مداخلات روان‌شناختی را بر کاهش تنیدگی و تنیدگی ادراک شده در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بررسی کرده‌اند همسو

بر اساس نتایج حاصل از جدول ۶ تحلیل هر یک از سطوح تنیدگی ادراک شده به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن‌فرونی ۰/۰۲۵ و پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنیدگی ادراک شده مثبت ($F_{(۱,۴۸)} = ۴/۵۸۷$ و $p = ۰/۰۴۳$) اثر معنی‌داری نداشته ولی بر تنیدگی ادراک شده منفی ($F_{(۱,۴۸)} = ۲۶/۸۶۵$ و $P = ۰/۰۰۵$) در مرحله‌ی پیگیری اثر معنی‌داری داشته است. در نتیجه فرض صفر در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ رد می‌شود. به عبارت دیگر با ۹۵٪ اطمینان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش ادراک مثبت و کاهش ادراک منفی از تنیدگی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس سالمندان مرد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی بود. با توجه به این هدف دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه تنیدگی ادراک شده کوهن هر دو گروه در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر تنیدگی ادراک شده در بیماران قلبی-عروقی دارد. بررسی سطوح تنیدگی ادراک شده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری باعث افزایش ادراک مثبت و کاهش ادراک منفی بیماران از تنیدگی شده است. نتایج مربوط به تنیدگی ادراک شده‌ی منفی پس از یک ماه پیگیری نیز باقی مانده بودند اما تفاوت معنی‌داری بین نمرات تنیدگی ادراک شده‌ی مثبت دو گروه در مرحله‌ی پیگیری وجود نداشت. اگر چه در این مرحله نیز میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده‌ی مثبت بیماران گروه آزمایش بیشتر از گروه گواه بود.

بیماری که یکی از منابع درون‌فردی در ایجاد تنیدگی است ملزوماتی را بر نظام‌های زیستی و روانی تحمیل

می‌باشد. در اینجا به دلیل اینکه تعداد این پژوهش‌ها زیاد است فقط به چند مورد اشاره می‌کنیم. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش فولی و همکاران (۱۹۸۷) که بیماران اسکروز چندگانه را در برنامه‌ی آموزش تنیدگی‌زدایی (شامل برنامه‌ی شناختی-رفتاری و تنش‌زدایی تدریجی عضلانی) قرار دادند همسو است. بخشی از نتایج این پژوهش نشان داد، بیمارانی که تحت درمان قرار گرفته‌اند از اهردهای مقابله مسأله‌مدار بیشتری استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هایس و همکاران (۲۰۰۶) که در پژوهشی کارآمدی یک روش مداخله‌ی خود-مدیریتی تنیدگی را به صورت گروهی به منظور بهبود تنیدگی و ارتقای سلامت در میان زنان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی از جمله آسیب نخاعی، اسکروز چندگانه و آرتریت بررسی کردند همسو می‌باشد. تغییراتی که در نمونه‌های تحت درمان در کاهش علائم روان‌شناختی بوجود می‌آید، نشان‌دهنده‌ی تأثیر این درمان‌ها بر گروه نمونه‌ها و ضرورت توجه هر چه بیشتر به درمان‌های روان‌شناختی را در کنار درمان‌های دارویی نشان می‌دهد. ۲- شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش تنیدگی مؤثر می‌باشد. تنیدگی و اضطراب مفهیمی جدا از هم نیستند (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۸۲). جدا کردن این دو مفهوم به نظر مشکل است و در ادبیات روان‌شناختی این مشکل در سال‌های اخیر بیشتر جلوه‌گر شده است. هر چند به نظر می‌آید که تنیدگی در ارتباط با عوامل بیرونی به وجود می‌آید و از اضطراب تا حدی برای فرد هشیارتر است، اما به دلیل همین مشابهت، شیوه‌های درمانگری اضطراب را در مورد تنیدگی نیز به کار می‌برند (فارز، ۱۹۹۱، به نقل از جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۸۲). بر این اساس می‌توان نتایج پژوهش‌هایی که با روش درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف کاهش اضطراب انجام یافته‌اند نیز با نتایج پژوهش حاضر مقایسه کرد.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مذهبی و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر پرداخته‌اند همسو است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از پژوهش پور فرج عمران (۱۳۹۰) که اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان را بررسی کرده، همسو

است. پژوهش حر و همکاران (۱۳۹۲) نیز که به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افسردگی این بیماران در اثر این آموزش کاهش معنی‌داری می‌کند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است. به طور کلی، در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، منجر به کاهش تنیدگی و استرس در بیماران مبتلا به بیماری قلبی-عروقی شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی، کمک به افراد بیمار در راستای تجربه کردن افکار آزار دهنده‌شان صرفاً به عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی‌شان در راستای ارزش‌هایشان بود. در این درمان، با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع در فرآیند این درمان، به بیماران سالمند آموزش داده شد که چگونه از افکار آزاردهنده‌ی رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند.

به طور کلی نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تنیدگی ادراک شده‌ی مثبت را افزایش و تنیدگی ادراک شده‌ی منفی را در بیماران قلبی-عروقی کاهش دهد و پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های دارویی افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی، به روش‌های درمانی غیردارویی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در کاهش تنیدگی و استرس این بیماران مؤثر هستند نیز توجه ویژه مبذول کنند.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی از جمله محدودیت در روایی بیرونی داشت. جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل مردان سالمند مبتلا به بیماری قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر قزوین بود. لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. دیگر محدودیت پژوهش عدم مقایسه این درمان با درمان‌های دیگر است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به تأثیر درمان‌های دیگر

مژدهی، م.، اعتمادی، ا.، و فلسفی‌نژاد، م. (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲)، ۳۳-۲۸.

نیک‌پژوه، ا. (۱۳۸۸). *راهنمای پیشگیری و درمان بیماری‌های قلبی عروقی*. تهران: موسسه پیشگیری و ارتقاء سلامت ایرانیان معاصر.

نیک‌نام، م.، اللهیاری، ع. ع.، رسول‌زاده طباطبایی، ک.، و حجازی، ا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی تعامل آموزش تنیدگی‌زدایی و سبک هویت در رضامندی روانی و تنیدگی ادراک شده. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۵، ۴۰-۲۱.

Buchanan, R. J., Schiffer, R., Stuijbergen, A., Zhu, L., Wang, S., Bonnie, J., ... MyungSuk, K. (2006). demographic and disease characteristics of people with multiple sclerosis living in rural and urban areas. *International Journal of multiple sclerosis care*, 33 (8), 89-97.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.

Foley, F. W., Bedell, J. R., Larocca, N. G., Scheinberg, L. C., & Reznikoff, M. (1987). Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(6), 919-922.

Forman, E. M., & Herbert, D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies, chapter to appear. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Hughes, R. B., Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., & Hall, J. W. (2006). Stress self-management: An intervention for women with physical disabilities. *Women's Health Issues*, 16(6), 389-399.

در کنار این درمان در موقعیت‌های زمانی و مکانی متفاوت، روی گروه نمونه‌ی بیشتر پرداخته شود.

سپاس‌گزاری. بدینوسیله از تمامی همکاران و شرکت‌کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، و نیرمائی، م. (۱۳۸۴). *آزمون‌های روانشناختی*. اردبیل: باغ رضوان.

ایزدی، ر.، و عابدی، م. (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.

بهرامخانی، م.، علی‌پور، ا.، جان‌بزرگی، م.، و برزگرقاضی، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی تنش‌زدایی عضلانی بر تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به فشار خون اساسی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۱(۹)، ۸۸-۷۹.

پور فرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۲(۶)، ۴۲-۳۶.

حر، م.، آقایی، ا.، عابدی، ا.، و عطاری، ع. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲)، ۱۲۸-۱۲۱.

جان‌بزرگی، م.، و نوری، ن. (۱۳۸۲). *شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی (استرس)*. تهران: سمت.

چوبدار، م.، باباپورخیرالدین، ج.، خانجانی، ز.، و زمینی، س. (۱۳۹۰). رابطه نظام‌های مغزی- رفتاری و برخی عوامل جمعیت‌شناختی با ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۲(۱۸)، ۳۶-۲۴.

روزنهان، ا.، و سلیگمن، م. (۱۳۹۰). *روانشناسی ناپهنجاری* (ترجمه ر. رستمی، ع. نیلوفری، و م. قبادی). تهران: ساوالان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۳)

سادوک، ب.، و سادوک، و. (۱۳۸۲). *خلاصه روانپزشکی* (ترجمه ح. رفیعی و ف. رضاعی). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵)

سارافینو، الف. پ. (۱۳۹۱). *روانشناسی سلامت* (ترجمه الف. اکبری). تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۹)

کوری، م.، ا.، و کوری، ج. (۱۳۹۱). *گروه درمانی* (ترجمه س. ا. بهاری و همکاران). تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲)

- Roordink, H. B., Seldenrijk, A., van Hout, P. J. H., van Marwijk, W. J. H., Diamant, H., & Penninx, W. J. H. (2015). Associations between life stress and subclinical cardiovascular disease are partly mediated by depressive and anxiety symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(3), 332-339.
- Sevcikova, L., Stefanikova, Z., Jurkovicova, J., Ruzanska, S., Sabolova, M., & Aghova, L. (2001). Stress and health-related behaviour, personality characteristics and bloodpressure in older school children. *Bratisl Lek Listy, 102*(9), 420-423.
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., ... Prochaska, J. O. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care, 2*(5), 468-474.

Archive of SID

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress Reduction in Afflicted Elderly Men to Heart Diseases

Alireza Kakavand, Ph.D 
Razi University

Mohamadreza Baqeri
Islamic Azad university of Karaj

Farhad Shirmohamadi
Imam Khomeini University


Received: 2016.02.21

Accepted: 2016.03.18

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress reduction in elderly men afflicted by heart diseases. The method was quasi experimental pretest – posttest design with control group. For this aim, 50 men of the patients in Qazvin were chosen by Judgmental Sampling Method, and assigned in two groups (25 in experiment group and 25 in control group). acceptance and commitment therapy was administered to the experiment group in eight 90 minutes sessions in 2 months period. Two groups completed Cohan perceived stress questionnaires (1983) before and after treatment and in follow-up period after 1 month. Results of MANCOVA test showed that acceptance and commitment therapy have significant effect on perceived stress and it decreases negative perceived and increases positive perceived stress scores. These results except positive perception remained in follow-up period, but the two groups had no significant differences in positive perceived stress in follow-up period. As a result, acceptance and commitment therapy can increase positive perceived stress and reduce negative perceived stress in elderly men afflicted by heart diseases.

Keywords: acceptance and commitment therapy, peceived stress, heart diseases

Alireza kakavand, Ph.D in psychology, Imam Khomeini University, Qazvin, I.R. Iran; Mohamadreza Baqeri, M.A in psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad university, Karaj; I.R. Iran. Farhad shirmohamadi, M.A in psychology, Faculty of social sciences, Imam Khomeini University, Qazvin, I.R. Iran.

Correspondence concerning this article should be addressed to Alireza kakavand, Ph.D in psychology, Imam Khomeini University, Qazvin, I.R. Iran.

Email: ali.reza_kakavand@yahoo.com