

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه تأثیر "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "آموزش تلقیح استرس" بر استرس افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته

*مریم مهدی عراقی^۱، دکترای مشاورهکیانوش زاهرکار^۲، دکترای مشاوره

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "آموزش تلقیح استرس" بر استرس افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته انجام شد.

زمینه. استرس به عنوان محرک اصلی سندرم قلب شکسته محسوب می‌شود و درعین حال، سندرم قلب شکسته نیز باعث افزایش استرس می‌گردد. به نظر می‌رسد آماده کردن بیمار در زمینه روش‌های مقابله‌ای صحیح با استرس در جلوگیری از عود مجدد مفید باشد.

روش کار. روش پژوهش، نیمه تجربی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه در دسترس شامل ۶۲ بیمار مبتلا به سندرم قلب شکسته بود که در سال ۱۳۹۵ به بیمارستان توحید شهر سنجند مراجعه کرده بودند و تشخیص بالینی سندرم قلب شکسته در مورد آنان داده شده بود. با توجه به ظرفیت محدود گروه‌های مشاوره و درمان، از این جامعه، ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزار سنجش در این پژوهش، مقیاس سنجش نشانگان استرس بود. مداخله‌های "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "آموزش تلقیح استرس" برای هر کدام از گروه‌های مداخله به طور هفتگی اجرا شد. استرس هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه بعد) سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($F=87/65$, $P\leq 0/0001$) و آموزش تلقیح استرس ($F=61/18$, $P\leq 0/0001$) هر دو، در مقایسه با گروه کنترل در کاهش نشانگان استرس موثر بودند. با وجود تأثیر هر دو مداخله، برتری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($F=66/69$, $P\leq 0/0001$) در مقایسه با آموزش تلقیح استرس ($F=43/33$, $P\leq 0/0001$) در آزمون پیگیری مشخص شد.

نتیجه‌گیری. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان هر دو روش درمانی، به ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان شیوه‌هایی کارآمد و مؤثر با قابلیت کاربرد وسیع در پیشگیری و کاهش علائم استرس و بهبود وضعیت بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته به کار برد.

کلیدواژه‌ها: سندرم قلب شکسته، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش تلقیح استرس

۱ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، سنجند، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: mmahdiaraghi@gmail.com

۲ دانشیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

سندرم قلب شکسته معمولاً پس از تجربه یک عامل استرس‌زای عاطفی یا فیزیولوژیکی رخ می‌دهد (موحد و دوناو، ۲۰۰۷) و در آن، عملکرد ماهیچه قلب به‌طور ناگهانی ضعیف یا دچار وقفه می‌شود. این سندرم با درد قفسه سینه، تنگی نفس، بی‌حسی بازو یا صورت، بی‌نظمی ضربان قلب، اختلال در نوار قلبی و درعین حال، طبیعی بودن عروق کرونر همراه است (پتلو همکاران، ۲۰۱۳؛ سابن و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویوگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ اشتهاودی و همکاران، ۲۰۰۹؛ موحد و دوناو، ۲۰۰۷). وجود انواع حالات روان‌شناختی از جمله فقدان لذت، خشم، اضطراب، سوگ، ترس مرضی و شخصیت تیپ D را در این بیماران گزارش شده است (ماگنیو همکاران، ۲۰۱۵؛ پتل و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویوگ و همکاران، ۲۰۱۱). افراد مبتلا معمولاً زنانی هستند که رویدادی استرس‌زا را تجربه کرده‌اند (موحد و دوناو، ۲۰۰۷). پتل و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که مردان مستعد ابتلا به این سندرم نیستند و اغلب عوامل استرس‌زای فیزیولوژیک باعث بروز این سندرم در آنها شده است. در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها و مشکلات سلامت، وجود استرس روانی و بیماری‌های دستگاه گوارش در این سندرم گزارش شده است (اشتهاودی و همکاران، ۲۰۰۹). بر اساس پژوهش‌ها حضور مداوم عوامل استرس‌زا می‌تواند با ظهور این سندرم مرتبط باشد (سینگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ اشتهاودی و همکاران، ۲۰۰۹).

استرس از مهم‌ترین پدیده‌های جوامع امروز است. همه افراد به‌نوعی با این پدیده که بخش عمده‌ای از زندگی انسان‌ها را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد درگیر هستند (زهراکار، ۱۳۹۱). بر اساس تحقیقات، اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی با فشار روانی و استرس مرتبط هستند (شیربیم و همکاران، ۱۳۸۸). استرس می‌تواند بر عملکرد افراد در چهار بعد هیجانی عاطفی (تحریک‌پذیری، خشم، اضطراب)، شناختی (ناتوانی در حل مسئله و تصمیم‌گیری)، رفتاری (اختلال خواب، افراط یا تفریط در خوردن)، و جسمی (کولیت، احساس فشار در ناحیه قلب، زخم معده) تاثیر بگذارد (جمشیدی فر و همکاران، ۲۰۱۴). برای کاهش استرس از مداخلات و رویکردهای مختلف از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس استفاده می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های رفتاری موج سوم محسوب می‌شود که هسته اصلی آن توجه آگاهی است (زرگر، ۱۳۹۴) و با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، راهبردهای پذیرش و توجه آگاهی را با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درهم‌آمیخته است (بقولی و توپسرکانی، ۱۳۹۴). این درمان مبتنی بر مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۵) و اشاره به گستره‌ای از رویکردها دارد که بر تغییر رابطه افراد با تجارب درونی‌شان و اجتناب نکردن از آنها به‌عنوان سازوکار اصلی تغییر تاکید می‌نماید (زرگر، ۱۳۹۴؛ به نقل از رومر و اورسیلو، ۲۰۰۹)؛ پیش‌فرض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که اصلی‌ترین مشکلی که افراد با آن مواجه می‌شوند اجتناب تجربه‌ای است (مرمرچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). بنابراین، هدف این درمان بیش از آنکه تاکید بر بهبود علائم باشد، ترویج و پرورش انعطاف‌پذیری روانی است (سوین، ۲۰۱۴؛ الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوین و همکاران، ۲۰۱۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی است (پورفرج عمران، ۱۳۹۰). پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، تصریح ارزش‌ها و تعهد، شش فرآیند اصلی این درمان هستند (کوین و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس مطالعات، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، افسردگی، اختلالات کلی عاطفی، کیفیت زندگی و وضعیت جسمی و درد مزمن تاثیر دارد (دیویس و همکاران، ۲۰۱۳؛ سوین، ۲۰۱۴؛ کیتی و لانس، ۲۰۱۴؛ مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویکسل و همکاران، ۲۰۰۹؛ الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

از دیگر درمان‌های مبتنی بر نظریه شناختی رفتاری، آموزش تلقیح استرس است که در روش‌های رفتاری، تا حد زیادی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم‌پوشی دارد؛ هر دو این درمان‌ها بر ارتباط افکار غیر سودمند با اختلالات روانی تاکید دارند (سوین، ۲۰۱۴) و روش‌های آشکاری برای برخورد با افکار یا شناختارهای مسئله‌دار پیشنهاد می‌کنند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). اما فلسفه هدایت درمان افکار منفی و روش‌های شناختی هر دو رویکرد به‌طور معناداری با یکدیگر متفاوت است (یاول و همکاران، ۲۰۱۴).

آموزش تلقیح استرس جهت تقویت آمادگی فرد و ایجاد تسلط بر موقعیت‌های استرس‌زا به شخص کمک می‌کند تا از چگونگی درگیر شدن در رفتارهایی که باعث حفظ یا تشدید استرس می‌شوند آگاهی یابد (مایکنام، ۱۹۸۶؛ ترجمه مبینی، ۱۳۸۶). این مداخله درمانی چندبعدی که با استفاده از کنترل برانگیختگی فیزیولوژیکی، تمرین‌های رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای شناختی به درمان و پیشگیری مشکلات وابسته به استرس می‌پردازد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲)، شامل عناصر اصول تدریس بحث سقراطی، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، تمرین رفتاری و تصویرسازی ذهنی، خودنظارت‌گری، خودرهنمودی، خودتقویتی و تلاش برای تغییر محیط (امیری و همکاران، ۱۳۸۹) است و هدف آن، نه حذف کامل استرس، بلکه تقویت مهارت‌های مقابله‌ای برای مواجهه با موقعیت‌های پر استرس آینده است (سپانلو، ۱۳۹۳؛ به نقل از مکنا، ۲۰۱۴).

با توجه به اینکه استرس به عنوان محرک اصلی سندرم قلب شکسته محسوب می‌شود و درعین حال، این سندرم هم می‌تواند باعث افزایش استرس شود، به نظر می‌رسد آماده کردن افراد مبتلا به این سندرم در زمینه روش‌های مقابله صحیح با استرس برای جلوگیری از عود موثر باشد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی دو روش "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "آموزش تلقیح استرس" به منظور یافتن پاسخ این سئوالات است: ۱) آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته مؤثر است؟ ۲) آیا آموزش تلقیح استرس بر استرس افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته مؤثر است؟ و ۳) آیا میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس بر استرس افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته با یکدیگر متفاوت است؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری یک ماهه بود. ابتدا کد اخلاق به شماره MUK.REC.1394.347 از دانشگاه علوم پزشکی کردستان اخذ گردید. جامعه آماری، همه بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته مراجعه‌کننده به بیمارستان توحید شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ به تعداد ۶۲ نفر بودند که ویژگی‌های بالینی تنگی نفس، درد قفسه سینه مشابه درد حمله قلبی، بی‌نظمی در ضربان قلب، اختلال در نوار قلبی، و عدم وجود انسداد عروق کرونر را داشتند و پس از انجام آنژیوگرافی، تشخیص سندرم قلب شکسته توسط پزشک متخصص در مورد آنان تایید شد. از میان این جامعه، ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند و مایل به شرکت در پژوهش بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با جایگزینی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۰ نفر)، آموزش تلقیح استرس (۱۰ نفر)، و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل داشتن علائم سندرم کرونری حاد، محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، و دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم بودند.

ابزار پژوهش، مقیاس سنجش نشانگان استرس بود که بر اساس پرسشنامه ۵۰ گویه‌ای توسط سیدخراسانی و صدیقیانی (۱۳۷۷) ساخته شده است و چهار دسته نشانگان استرس شامل استرس شناختی (۷ گویه)، استرس عاطفی (۹ گویه)، استرس رفتاری (۱۳ گویه)، و استرس جسمی (۲۱ گویه) را ارزیابی می‌کند. در تهیه اولیه این پرسشنامه از منابعی همچون DSM-IV، پژوهش‌های گذشته و آزمون نشانگان استرس مازلچ استفاده شده است. برای پاسخگویی به هر یک از ۵۰ گویه موجود در پرسشنامه، از مقیاس لیکرت شش درجه‌ای استفاده می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را با گزینه‌های اصلا وجود ندارد (نمره صفر)، خیلی کم (نمره ۱)، کم (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳)، زیاد (نمره ۴)، و خیلی زیاد (نمره ۵) مشخص می‌کند. نمره گزینه‌های مربوط به هر خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شود، و به عنوان نمره کل فرد در هر کدام از ابعاد این پرسشنامه محسوب می‌گردد. همه سوالات به صورت مثبت طرح شده‌اند. میزان اعتماد محاسبه شده با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ و برای خرده‌مقیاس شناختی ۰/۸۰، خرده-مقیاس عاطفی ۰/۸۸، خرده‌مقیاس رفتاری ۰/۸۸، و خرده‌مقیاس جسمی ۰/۹۰ گزارش شده است (سیدخراسانی و صدیقیانی، ۱۳۷۷). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

نخست از رئیس بخش قلب بیمارستان خواسته شد بیماران بستری در بخش را که آنژیوگرافی شده بودند و تشخیص سندرم قلب شکسته در مورد آنان داده شده بود معرفی نمایند. پس از صحبت با بیماران و کسب رضایت برای شرکت در طرح پژوهش، اطلاعات جمعیت‌شناختی آنها ثبت شد و درباره قوانین شرکت در گروه و مضامین اخلاقی نظیر رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شخصی به آنها اطمینان داده شد. قبل از اجرای جلسات، آزمون مقیاس سنجش نشانگان استرس از اعضاء گرفته شد. هر گروه آزمایشی تحت یک مداخله درمانی قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نداشت. یک هفته پس از برگزاری جلسات در هر دو گروه مداخله، آزمون‌ها دوباره در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل اجرا شد و پس از یک ماه، آزمون پیگیری گرفته شد.

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 مداخله در ۸ جلسه ۲ ساعته، هر هفته یک بار اجرا شد. در جلسه اول، فرصتی فراهم شد تا اعضاء تا با یکدیگر و اهداف درمان آشنا شوند. به اعضاء فرصتی داده شد تا «داستان» خود را بیان کنند و حوزه‌هایی از زندگی‌شان را که با مشکل مواجه هستند مطرح نمایند، و انتظارانشان از درمان را بیان کنند. با تمرین «نامیدی خلاقانه» در گروه از اعضاء خواسته شد راه‌هایی را که در گذشته جهت کاهش اضطراب آموخته‌اند بیان نمایند؛ درمانگر از این فرصت برای ارائه آموزش‌های کلی راجع به راهبردها و راهکارهای قلبی و کمبودهای آنها استفاده نمود. در آخر جلسه، تکلیف «کاربرگ نگرانی آگاهانه» به اعضاء داده شد. هدف جلسه دوم معرفی مدل تغییر رفتار و ذهن‌آگاهی بود. درمانگر پس از بررسی تکالیف اعضاء، بحث درباره

ارزش‌ها را آغاز نمود. تعدادی تمرین‌های گسستگی از جمله کیک "شکلاتی"، "تمثیل چندنگاره"، و "تقلا از جنگ با هیولا" انجام شد. سپس، درمانگر منطق ذهن‌آگاهی را توضیح داد و به تمرین‌های مربوط به آن، از جمله آگاهی از وضع اندام و تمرین تنفس پرداخت. تکالیف ارائه‌شده به اعضاء شامل کاربرد نگرانی آگاهانه، ارائه جزوه "ذهن آگاهی" و تمرینات تنفس آگاهانه بود.

جلسه سوم با هدف بحث درباره ارزش‌ها و توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی برگزار شد. درمانگر، جلسه را با ارائه تعریفی از پذیرش آغاز نمود، سپس به معرفی مفهوم تمرکز گسترده در مقابل دید تونلی پرداخت. پس از بررسی تکالیف، جهت شروع بحث ارزش‌ها درمانگر از دو تمرین "تمثیل مراسم دفن" و "تمثیل سفر طولانی" استفاده کرد، و فعالیت گروه را با تمرین ذهن آگاهی پایان داد. تکالیف ارائه شده به اعضاء شامل تکمیل فرم ارزیابی ارزش‌ها، تمرین ذهن آگاهی و کاربرد نگرانی آگاهانه بودند. در جلسه چهارم، شفاف‌سازی ارزش‌ها و تفاوت آنها با اهداف مورد نظر بود. درمانگر به شفاف‌سازی ارزش‌ها پرداخت و برای این کار از اعضاء خواست به گروه‌های دو نفره تقسیم شوند و راجع به ارزش تعیین شده بحث کنند. موارد مطرح شده در این تمرین شامل تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، ارزش‌های شخصی در برابر ارزش‌های دیگران، و شفاف‌سازی ارزش‌ها (پاسخ به این سؤال‌ها که: "این ارزش چه کاری برای شما می‌کند؟"، "آیا شما دوست دارید این ارزش روی سنگ قبرتان نوشته شود؟") بودند. درمانگر از دو تمثیل "حباب در راه" و "باتلاق" استفاده کرد تا امکان انجام کارهای ارزش‌گذاری شده حتی در صورت روبه‌رو شدن با مشکل و سختی را مورد بحث قرار دهد. تکالیف تمرین ذهن آگاهی، کاربرد نگرانی آگاهانه و مشخص کردن سه ارزش و اهداف متناسب با آنها به اعضاء داده شد.

جلسه پنجم با هدف معرفی مفهوم فیوژن و گسستگی برگزار شد. پس از مرور تکالیف، درمانگر با استفاده از چندین تمرین گسستگی به بررسی موانع ارزش‌ها و اهداف شامل تمایل به داشتن "دید تونلی" هنگام مواجهه با تهدید پرداخت؛ به این ترتیب که از اعضای گروه خواسته شد زمانی را به خاطر آورند که مورد تهدید قرار گرفته‌اند و تعیین کنند آیا می‌توانند جزئیات صحنه را به یاد آورند یا نه، و بازی "اتوبوس و مسافران"، که گامی جهت افزایش آگاهی از خود به صورت متمایز از افکار بود. تکالیف ارائه‌شده شامل شروع یک کار مربوط به عمل متعهدانه و شناسایی موانع انجام آن، تمرین هر روزه ذهن آگاهی و کاربرد نگرانی آگاهانه بودند.

در جلسه ششم، درمانگر ۱۵ دقیقه جلسه را به مرور پیشرفت درمان و تکالیف و سختی فرآیند تغییر پرداخت. سپس، با تمرین "پرش" تفاوت تصمیم‌گیری برای عمل با اقدام کردن را نشان داد. تمرین بعدی، تمرین "بسیار خوب، حق با شماست" برای نشان دادن شیوه‌ای که موانع می‌توانند مانند آمیختگی شناختی در مسیر فعالیت وارد شوند بود. تمرین‌های دیگری از جمله مثل مسافران در اتوبوس، پرش، شفاف‌سازی ارزش‌ها و آمیختگی شناختی نیز در این بحث مطرح شد. تکالیف شامل تمرین هر روزه ذهن آگاهی، کاربرد نگرانی آگاهانه، کاربرد شناسایی ارزش‌ها، و انجام یک عمل ارزشی بودند. هدف جلسه هفتم کار بر روی رضایتمندی بود. درمانگر جلسه را با مرور تکالیف آغاز کرد و به بحث رنج اولیه و ثانویه پرداخت و اینکه اولی، آسیب و دومی انتخاب است. سپس، درباره هدف ارزش‌ها و درمان صحبت کرد و این موضوع را در دو تمثیل "شخص ولگرد" و تمثیل "پیاده‌روی در باران" برای اعضاء روشن نمود. این جلسه زمان مناسبی برای اعضاء بود تا صادقانه ارزیابی کنند آیا مایل هستند در راه تغییر تلاش کنند یا نه. تکالیف ارائه‌شده شامل تمرین ذهن آگاهی در "پیاده‌روی" و کاربرد نگرانی آگاهانه بود. محتوای جلسه هشتم، آموزش به اعضاء برای اینکه درمانگر خود باشند، ختم جلسات و نتیجه‌گیری بود. درمانگر به آخرین تمرین ارزش‌ها که شامل تقویت شناسایی ارزش‌ها به شیوه‌ای غیر اجتنابی و غیر دفاعی است پرداخت، به این صورت که درمانگر، اعضاء را به گروه‌های ۲ نفره تقسیم کرد و به آنها فرصتی برای فکر کردن داد؛ سپس، از هر کدام از افراد خواست ارزش‌هایشان را در چند حوزه بیان کنند و از دیگر اعضاء خواست در صورتی که در اظهارات شخص، اجتناب، حالت دفاعی و دلیل تراشی دیدند، به او بازخورد دهند و بخواهند ارزش‌هایشان را بازبینی کنند. سپس، درمانگر روی "آمادگی برای عود" تمرکز نمود، بدین منظور تمرین "محتوای روی کارت" انجام شد. در آخر جلسه، درمان مرور شد و با تدوین طرحی برای آینده بر عمل متعهدانه به‌عنوان یک "تکلیف مادام‌العمر" تاکید گردید.

در این پژوهش، بسته آموزش تلقیح استرس بر اساس پروتکل درمانی مندرج در کتاب "آموزش تلقیح استرس" نوشته مایکنبام، ترجمه مبینی (۱۳۸۶)، تدوین و برای یک گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۲ ساعته، هر هفته یک بار اجرا شد. در جلسه اول، شرکت‌کنندگان به معرفی خود پرداختند و قوانین و مقررات گروه مورد بحث قرار گرفت. جلسه با بحث و بررسی در مورد موضوع استرس، شکایت‌های بدنی و رفتاری در مقابل استرس و تغییرات مورد انتظار اعضاء ادامه یافت. تکلیف داده شده به اعضاء شامل ترسیم خط پایه استرس برای هر فرد تا هفته آینده، و تعیین پیش‌آیندها و پس‌آیندهای آن بود. جلسه دوم با مرور تکالیف جلسه قبل آغاز شد و افراد گروه به بیان موارد استرس آور، عوامل ایجادکننده و عوامل تشدیدکننده پرداختند. به‌منظور درجه‌بندی دقیق شدت، مدت و فراوانی استرس از افراد خواسته شد یکی از موارد استرس اخیر خود را در ذهن بازسازی و سپس، میزان استرس خود را نمره‌گذاری کنند. قرار شد اعضای گروه به تکمیل فرم خود بازنگری

روزانه به عنوان تکلیف هفتگی بپردازند. جلسه سوم با مرور تکلیف جلسه قبل آغاز شد. بر گه ثبت خود بازنگری حاکی از آن بود که افراد به طور عادی در روز احساس استرس و نگرانی داشتند. در این جلسه، جهت کاهش استرس به اعضای گروه آموزش تن آرامی داده شد. تکلیف ارائه شده شامل تمرین روزانه تن آرامی به مدت ۱۵ دقیقه در روز و ادامه جدول خودبازنگری بود. در جلسه چهارم تکلیف جلسه قبل مرور شد و بررسی نقش تمرین آرام سازی و تاثیر آن بر اعضا آغاز گردید. در ادامه، درمانگر - که دکترای مشاوره بود و دوره های تخصصی در زمینه آموزش تعلقیح استرس گذرانده بود- به تمرین شناخت عبارتهای خودبینی پرداخت. تکلیف ارائه شده شامل یادداشت عبارتهای خودبینی در طول هفته آینده بود. در جلسه پنجم پس از بررسی تکلیف جلسه قبل، درمانگر به بررسی خودگویی ها یا عبارتهای خودبینی اعضا پرداخت و بدین منظور تمرین خودگویی ها در گروه انجام شد. تکلیف ارائه شده شامل کار روی مقیاس ترس از ارزیابی های منفی و ادامه فرم خود بازنگری بود.

در جلسه ششم ابتدا تکلیف جلسه قبل بررسی شد. اعضای گروه فهمیده بودند بسیاری از استرس های آنها به دلیل ترس از ارزیابی های منفی دیگران است. سپس، مهارتهای شناختی و شناسایی خطاهای شناختی به اعضای گروه آموزش داده شد. تکلیف شامل ادامه تمرین جدول افکار، دسته بندی افکار و یافتن الگوی غالب این افکار بود. جلسه هفتم شامل بررسی تکلیف جلسه قبل بود، و با درخواست اعضا، جدول افکار خودکار و چالش با افکار استرس آور ادامه یافت. سپس خودگویی های مثبت زمان بروز پیش آندهای استرس آموزش داده شد و افراد به ایفای نقش درباره خود دستوردهی مثبت و کاهش استرس از این طریق پرداختند. تکلیف شامل ادامه جدول افکار خودکار و تمرین چالش با این افکار، تمرین خود دستوردهی مثبت، تکمیل جملات ناتمام خود دستوردهی در شرایط واقعی استرس آور و ادامه جدول خودبازنگری با توجه به خودگویی های مثبت بودند. در جلسه هشتم تکالیف جلسه قبل مرور شد، سپس تمرین آموزش حل مسئله انجام شد؛ به این ترتیب که درمانگر از اعضا خواست دو مسئله ای که اخیرا حل کرده اند و مسئله ای که حل نشده است را مطرح کنند. سپس مراحل حل مسئله آموزش داده شد و مسائل حل شده و حل نشده با توجه به فرمول حل مسئله مورد بررسی قرار گرفت. تکلیف شامل نوشتن سه مسئله در طول هفته، فرمول بندی آن، ارائه راه حل های غیرعادی و عواقب آنها بود. در جلسه نهم، پس از بحث درباره تکالیف جلسه قبل، به تمرین عبارتهای مقابله ای پرداخته شد و در آن، صحنه ای استرس آور طراحی شد و از اعضا خواسته شد به طور نمایشی در مقابل این شرایط استرس آور به آرام سازی از طریق تن آرامی و خوددستور دهی مثبت بپردازند، سپس نقش ها تعویض شد، به طوری که به هر فرد فرصت تجربه بالاترین شرایط استرس آور و کاهش آن داده شد. تکالیف ارائه شده شامل تمرین آموخته ها در موقعیت واقعی و ادامه جدول خود بازنگری بود. در جلسه دهم، انتقال تجربه ها به زندگی واقعی مورد بحث و بررسی قرار گرفت. سپس، اعضا بهترین تجربه گروهی خود را مطرح کردند. از نظر بیشتر اعضا، آرامش دهی و تمرین های شناختی و تمرین روی خودبینی ها بهتر و مفیدتر از بقیه تمرین ها بود. جمع بندی و نتیجه گیری درباره جدول خودبازنگری نشان دهنده پیشرفت اعضا بود. در این پژوهش، متناسب با متغیرها و نوع جمع آوری داده ها از آمار توصیفی شامل محاسبه میانگین و انحراف معیار و آزمون استنباطی تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها

دامنه سنی گروه مورد مطالعه بین ۳۰ تا ۴۱ سال بود. از ۳۰ بیمار مورد مطالعه، ۱۲ نفر (۴۰ درصد) مرد و ۱۸ نفر (۶۰ درصد) زن بودند. از نظر تحصیلات، ۱۱ نفر (۳۶/۶ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم یا لیسانس و ۳ نفر (۱۰/۱ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بودند (جدول شماره ۱). جدول شماره ۲ یافته های توصیفی گروه ها را در مراحل سه گانه گردآوری داده ها نشان می دهد.

در بررسی توزیع طبیعی داده ها، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف و شاپیروویلیک نشان داد مفروضه توزیع طبیعی نمرات نشانگان استرس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح معنی داری ۰/۰۱ برقرار است. همچنین، نتایج آزمون لویین برای بررسی همگنی واریانس نمرات نشانگان استرس، نشان دهنده برقراری همگنی واریانس ها در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش تعلقیح استرس و کنترل بود و امکان استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس فراهم شد. آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت نمرات استرس در مراحل مختلف در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آموزش تعلقیح استرس نشان داد این نمرات در هر دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون متفاوت است که نشان دهنده اثر مثبت مداخلات در کاهش نشانگان استرس است. آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر و ثبات تاثیر مداخله "آموزش تعلقیح استرس" بر نشانگان استرس مشخص کرد میانگین های نمره نشانگان استرس و هم مولفه های آن در مراحل پس آزمون و پیگیری تحت تاثیر مداخله به طور معنی داری کاهش یافته است؛ به این معنی که پس از کنترل نمرات پیش آزمون، این کاهش در مقایسه با گروه کنترل معنی دار بوده است.

همچنین، آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر و ثبات تاثیر مداخله "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر نشانگان استرس مشخص کرد میانگین‌های نمره نشانگان استرس و هم مولفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تحت تاثیر مداخله به طور معنی‌داری کاهش یافته است؛ به این معنی که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، این کاهش در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بوده است.

جدول شماره ۱: برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مطالعه بر حسب گروه

گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	آموزش تلقیح استرس	کنترل
متغیر	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنس			
زن	۴ (۴۰)	۳ (۳۰)	۵ (۵۰)
مرد	۶ (۶۰)	۷ (۷۰)	۵ (۵۰)
سطح تحصیلات			
دیپلم	۵ (۵۰)	۱ (۱۰)	۵ (۵۰)
فوق دیپلم یا لیسانس	۴ (۴۰)	۸ (۸۰)	۴ (۴۰)
فوق لیسانس یا بالاتر	۱ (۱۰)	۱ (۱۰)	۱ (۱۰)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات نشانگان استرس و مولفه‌های آن در زمان‌های مختلف به تفکیک گروه

گروه	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد			آموزش تلقیح استرس			کنترل		
ابعاد استرس	میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
جسمی	۵۹/۵ (۶/۶)	۵۱/۶ (۵/۰)	۵۲/۹ (۴/۹)	۶۱/۰ (۷/۳)	۴۹/۷ (۸/۴)	۵۲/۵ (۸/۰)	۶۱/۸ (۷/۱)	۶۱/۳ (۷/۵)	۶۲/۳ (۷/۸)
عاطفی	۲۶/۹ (۳/۷)	۲۱/۵ (۲/۹)	۲۳/۸ (۱/۹)	۲۸/۷ (۳/۲)	۲۱/۸ (۲/۵)	۲۳/۱ (۲/۰)	۲۷/۸ (۳/۷)	۲۷/۴ (۳/۶)	۲۶/۹ (۳/۵)
شناختی	۲۳/۵ (۲/۳)	۱۸/۹ (۲/۲)	۱۹/۵ (۳/۰)	۲۳/۱ (۲/۷)	۱۶/۹ (۲/۰)	۱۸/۹ (۲/۰)	۲۲/۶ (۳/۳)	۲۲/۵ (۳/۲)	۲۲/۹ (۳/۶)
رفتاری	۳۲/۴ (۵/۶)	۲۷/۰ (۴/۵)	۲۸/۰ (۴/۲)	۳۳/۳ (۵/۰)	۲۹/۵ (۴/۵)	۳۰/۴ (۵/۰)	۳۲/۰ (۴/۹)	۳۱/۸ (۵/۳)	۳۲/۲ (۵/۸)

بحث

"درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "آموزش تلقیح استرس" هر دو در کاهش استرس در افراد مبتلا به سندرم قلب شکسته تاثیر دارند. آموزش تلقیح استرس تاثیر بهتری، به ویژه بر نشانگان شناختی، جسمی و عاطفی داشت، اما ماندگاری اثر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهتر بود. تاثیر هر دو رویکرد بر بعد رفتاری نشانگان استرس یکسان بود، اما در مرحله پیگیری، در هر دو گروه مقداری افزایش نمره استرس مشاهده شد که نشان می‌دهد هرچند هر دو درمان موجب کاهش نشانگان رفتاری استرس شده‌اند، اما ثبات چندانی نداشته‌اند و اینکه نشانگان رفتاری ممکن است در بلندمدت بازگردد. در پیگیری گروه کنترل نیز افزایش نمره استرس در بعد نشانگان رفتاری مشاهده شد. این نتایج با یافته‌های دیگران همسو است. عابدی و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس بر کاهش اضطراب ریاضی تاثیر دارند، اما کارآمدی روش آموزش تلقیح استرس بیش از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. جمشیدی فر و همکاران (۲۰۱۴) نیز دریافتند که آموزش تلقیح استرس می‌تواند بر کاهش استرس درک‌شده تاثیر بگذارد، زیرا این مداخله بر مهارت‌های مقابله‌ای به‌ویژه مهارت شناسایی "باخودگویی‌های منفی" در موقعیت‌های استرس‌زا متمرکز است. با توجه به مطالعه پیتروز و همکاران (۲۰۱۵) که نشان دادند استرس عاطفی عامل خطر مهمی برای سندرم قلب شکسته است، نتیجه پژوهش حاضر از این بعد برجسته می‌شود که اهمیت روش آموزش تلقیح استرس بر کاهش نشانگان استرس به‌ویژه نشانگان عاطفی را نشان می‌دهد. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعات سوین (۲۰۱۴) و فلکسمن و باند (۲۰۱۰) همسو نیست. سوین (۲۰۱۴) که در پژوهش خود به مقایسه اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس بر کاهش اضطراب نوجوانان پرداخت، نتیجه گرفت که هرچند تفاوت معنادار کمی میان این دو شیوه مداخله وجود دارد، اما تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر است. فلکسمن و باند (۲۰۱۰) نیز در پژوهش خود تحت عنوان "مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس بر کاهش نشانگان استرس" چنین نتیجه گرفتند که اثرات هر دو شیوه بر کاهش استرس یکسان بوده است.

از سویی دیگر، این یافته پژوهش که تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف پذیری روانی رخ داده است با یافته‌های دیویس و همکاران (۲۰۱۵)، سوین (۲۰۱۴)، فلکسمن و باند (۲۰۱۰)، حسینائی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت؛ تفاوت‌ها و تشابهاتی میان دیدگاه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس نسبت به آسیب روانی وجود دارد؛ هر دو تا حد زیادی در روش‌های رفتاری با هم همپوشی دارند. در دیدگاه آموزش تلقیح استرس این عقیده وجود دارد که آسیب روانی، حاصل الگوهای فکری تحریف شده است که می‌توان از طریق فرآیندهای تغییر شناختی، مناظره مثبت و بازسازی آنها را شناسایی و اصلاح نمود (سوین، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز همانند آموزش تلقیح استرس بر تفکر منفی تمرکز می‌کند (واولز و مک کراکن، ۲۰۰۸)، با این تفاوت که به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌کند ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد (پورفرج عمران، ۱۳۹۰).

به نظرمی رسد دو فرآیند بازسازی شناختی و انکار موجب شده‌اند آموزش تلقیح استرس در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر بیشتری بر نشانگان استرس داشته باشد. در فرآیند بازسازی شناختی تلاش می‌شود با تاکید بر اصلاح محتوای فکر و با پرچسب زدن برخی افکار به عنوان افکار ناکارآمد، میل به بازداری آنها افزایش یابد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). به همین منظور، به افراد آموزش داده می‌شود روی افکار، احساسات، حس‌های بدنی، خاطرات و دیگر وقایع درونی کنترل بهتری داشته باشند تا بتوانند از طریق جایگزینی افکار ناخوشایند با افکار موثر، تاثیر عاطفی آنها را کاهش دهند، درحالی‌که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش فعالانه افکار ناخوشایند تاکید می‌شود و این اعتقاد وجود دارد که بازسازی شناختی چرخه نشخوار را زنده نگه می‌دارد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). به همین منظور تمرکز اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر تحمل و پذیرش نشانه‌ها است تا کاهش آنها؛ اما با توجه به نتایج پژوهش حاضر و دیگر پژوهش‌های همسو به نظر می‌رسد بازسازی شناختی‌ای که در آموزش تلقیح استرس صورت می‌گیرد کمک بیشتری برای غلبه بر استرس می‌کند، زیرا در بازسازی شناختی برخورد مستقیم با ارزیابی‌های سطح اول به‌منظور اصلاح سیستم‌های باور عمیق‌تر که در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌ها نقش دارند صورت می‌گیرد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲؛ به نقل از هافمن، ۲۰۱۰). دو آموزش در بازسازی شناختی مورد تاکید قرار می‌گیرند، آموزش حل مسئله و آموزش خودگویی هدایت شده که هر دو اینها فرد را به مهارت‌های مقابله‌ای برای مواجهه با موقعیت‌های استرس‌آور مجهز می‌کنند.

نکته مهمی که در آموزش تلقیح استرس مطرح می‌شود اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جایگاهی ندارد؛ بحث انکار است که به نظر می‌رسد نکته‌ای کلیدی در تاثیر بیشتر آموزش تلقیح استرس بر نشانگان استرس، به ویژه در مورد جامعه آماری پژوهش حاضر باشد. به اعتقاد فروید، انکار به عنوان یک مکانیسم دفاعی منفی تلقی می‌شود، اما لازاروس (۱۹۸۷) مطرح نمود که انکار می‌تواند گاهی به عنوان یک ابزار مفید برای مقابله در برخی شرایط به شمار رود. برزنیتر (۱۹۸۷) در پژوهش خود بر روی بیماران قلبی بهبود از جراحی و سوگ نشان داد انکار در موقعیت‌های استرس‌آور به‌ویژه در کاهش شرایط گوش‌به‌زنگ بودن مفید و موثر بوده است. اگر به نظر آید بیمار برای انطباق با بیماری‌اش مشکل دارد، انکار کمک می‌کند که تهدیدهای علیه خودش را به حداقل برساند، به ویژه زمانی که نمی‌تواند اقدام مناسبی برای وضعیتش بنماید. از دیدگاه تعاملی که نظریه زیربنایی آموزش تلقیح استرس است، تحمل و حتی پرورش فرآیند انکار می‌تواند راهبرد آموزشی مفیدی باشد. انکار می‌تواند به‌عنوان وسیله حفاظت فردی و تسهیل‌کننده رویارویی تدریجی با یک عامل استرس‌زا عمل کند. این مکانیسم می‌تواند شیوه‌ای از مشی شخصی مدارا کردن با استرس بسیار شدید در زمان خاص و افزایش آهسته رویارویی از طریق جذب تدریجی معنای اطلاعات باشد. پرینس و همکاران (۱۹۸۱) در پژوهش خود بر روی بیماران قلبی، ارزش مثبت انکار را در این بیماران نشان دادند و نتیجه گرفتند که انکار در مورد شرایط تهدیدکننده حیات که در آن، درد و اضطراب ناسازگارانه باشد، شفافبخش است. درمانگر تلقیح استرس به این نکته توجه دارد که در شرایط پراسترس خاص، مکانیسم انکار می‌تواند شیوه مقابله‌ای مفیدی باشد. به عقیده لازاروس (۱۹۸۷) به نقل از برزنیتر (۱۹۸۷)، انکار از این دیدگاه می‌تواند ارزش‌سازنده‌ای داشته باشد که به افراد کمک می‌کند تا تحت استرس احساس آشفتگی شدید نکنند و نیز به آنها فرصت لازم برای شناختن منابع مقابله‌ای دیگر می‌دهد.

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تلقیح استرس بر کاهش استرس در بیماران مبتلا به سندرم قلب شکسته تاثیر دارند و می‌توانند امکان عود سندرم را کاهش دهند. پیشنهاد می‌شود در این بیماران، از این دو شیوه درمان روان‌شناختی نیز استفاده شود و به

پزشکان کمک شود تا بتوانند با بیماران ارتباط بهتری برقرار کنند و در درمان آنها علاوه بر عوامل جسمی، به عوامل روان‌شناختی نیز توجه کنند با توجه به اینکه همه افراد در معرض این سندرم قرار دارند، می‌توان با ارائه برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های اطلاعاتی، افکار عمومی را نسبت به آن که با عوامل روانی ارتباط نزدیکی دارد آگاه کرد و از ابتلا به آن پیشگیری نمود. مهمترین محدودیت پژوهش حاضر روند طولانی تشخیص سندرم و وارد کردن بیماران به مطالعه بود، زیرا ابزار مهم تشخیص بالینی بیماران، آنژیوگرافی بود. زمانی که برای نوبت انجام آنژیوگرافی داده می‌شد بعضاً طولانی بود و برخی بیماران از شرکت در طرح انصراف می‌دادند. محدودیت دیگر، تعمیم پذیری یافته‌ها است، زیرا شرایط محیطی و زمینه‌های فرهنگی اقتصادی بر این سندرم تاثیر می‌گذارد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی به بررسی تاثیرگذاری انواع روش‌های شناختی بر سندرم قلب شکسته پرداخته شود و پژوهشی به منظور شناسایی متغیرهای وابسته تاثیرگذار بر این سندرم، همچون سخت‌رویی، صفات پنج‌گانه شخصیت، تیپ شخصیت و سبک-های مقابله‌ای انجام شود.

تقدیر و تشکر

جهت انجام این پژوهش، کد اخلاق به شماره MUK.REC.1394.347 از دانشگاه علوم پزشکی کردستان اخذ گردید. بدین‌وسیله از جناب آقای دکتر سیامک واحدی رئیس بخش قلب بیمارستان توحید سنج که همکاری صمیمانه‌ای در ویزیت بیماران داشتند و همچنین، تمام بیمارانی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم کردند قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

- آتش پور، حمید، بلوچی، دلارام؛ و کاظمی، احسان. (۱۳۸۸). سندرم قلب شکسته. تهران: نشر قطره.
- امیری، محمد، آقایی، اصغر، عابدی، احمد. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران دیابتی. فصلنامه روانشناسی کاربردی. سال ۴، شماره ۴ (۱۶): ۱۰۰-۸۵
- ایزدی، راضیه، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: انتشارات جنگل.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض. ۱۱۷ (۳): ۲۸۶-۲۷۵.
- بقولی، حسین؛ و توپسرکاتی، مهدیه. (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.
- حسن‌زاده، منیره، ترخان، مرتضی، و تقی‌زاده، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک‌شده زنان باردار با سابقه ناباروری. فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر. ۲۳ (۷۰): ۳۴-۲۷.
- حسینائی، علی؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ حیدری، علیرضا و مظاهری، محمدمهدی (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.
- زرگر، فاطمه. (۱۳۹۴). مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری. تهران: انتشارات ارجمند.
- 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 شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانشجویان. فصلنامه مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان. ۷ (۳): ۱۶۳-۱۳۹.
- عابدی، احمد؛ عریضی، حمیدرضا و لعلی، محسن. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و پذیرش و تعهد درمانی در کاهش اضطراب ریاضی دانش‌آموزان سال دوم دبیرستان‌های اصفهان. مجله تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. ۳۳ (۹): ۱۴۳-۱۲۵.
- مایکنبام، دونالد. (۱۳۸۶). آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس. ترجمه: سیروس مبینی. تهران: انتشارات رشد (انتشار به زبان اصلی، بی‌تا).
- مرمرچی نیا، مزگان، ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی. سال ۱۱، شماره (۴۲): ۱۷۴-۱۵۷.
- مکنا، پل. (۱۳۹۳). کنترل استرس. ترجمه: کیوان سپانلو. تهران: نشر سیمای دانش (انتشار به زبان اصلی، بی‌تا).
- هیز، استیون و والتز، توماس. (۲۰۱۰). درمان وابسته به پذیرش و تعهد. ترجمه: علی‌اکبر سیف. (۱۳۹۴). تهران: نشر دیدار.
- ولز، کوین؛ سورل، جان. (۱۳۹۱). زندگی با درد مزمن. ترجمه: فاطمه مسگریان. تهران: نشر نسل فردا (انتشار به زبان اصلی، بی‌تا).

منابع انگلیسی

- Breznitz, Sh. (1983). *The Denial of Stress*. New York: International Universities Press, 316.
- Davies, C., Niles, A., Pittig, A., Arch, J., & Craske, M. (۲۰۱۳). 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.
- Eilenberg, L., Fink, K., Frostholm. (2012). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety – Results from a pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 27: 461– 468.
- Eshtehardi, P., Koestner, S., Adorjan, P., Windecker, S., Meier, B., 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. (۲۰۱۰). 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., & Mohammadzadeh, S. (2014). Effectiveness of Group Training of Stress Inoculation in Reducing Perceived Stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159: 430 – 432.
- Heo, S., Moser, D., Lennie, T., Fischer, M., Smith, E., & Walsh, M. (2014). Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*: 51.
- Katie E.J, H., & Lance M, M. (2014). A systematic review of randomized 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, L. M., 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, MR., & Donohue, Daniel. (2007). Review: transient left ventricular apical ballooning, broken heart syndrome, amputa cardiomyopathy, atypical apical ballooning, or Tako-Tsubo cardiomyopathy. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 8: 289– 292.
- Mugnai, G., Pasqualin, G., Prati, D., Menegatti, G., & Vassanelli, C. (2015). Recurrent multiform Tako-tsubo cardiomyopathy in a patient with epilepsy: Broken heart or brain? *International Journal of Cardiology*, 201: 332–335.
- Patel, S., Chokka, R., Prasad, K., & Prasad, A. (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.
- Peters, M., George, P., & Irimpen, A. (2015). The broken heart syndrome: Takotsubo cardiomyopathy. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25: 351-357.
- Prince, R., & etal. (1981). Life Stress, Denial and outcome in ischemic heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 26, No. 1: 23-31.
- Sharma, V., Srinivasan, M., Sheehan, D., & Ionescu, Adrian. (2012). Stress cardiomyopathy: case series and the review of literature. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 45, No. 4: 95–98.
- Singh, N., Rumman, S., Mikell, F., Nallamothu, N., & Rangaswamy, C. (2010). Stress cardiomyopathy: Clinical and ventriculographic characteristics in 107 North American subjects. *International Journal of Cardiology*, 141: 297–303.
- Subban, V., Ramachandran, S., Victor, S., Gnanaraj, A., & Ajit, M. (2012). Apical ballooning syndrome in first degree relatives. *Indian Heart Journal*, 64. ۶۰۹-۶۰۷ :
- Swain, J. (2014). Mechanisms of change: Exploratory outcomes from a randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for anxious adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, Published by Elsevier Inc: 1-12.
- Yovel, I., Mor, N., & Shakarov, H. (2014). Examination of the Core Cognitive Components of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy: An Analogue Investigation. *Behavior Therapy*, 45: 482–494.
- Van Dixhoorn J., & White A. (2005). Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischemic heart disease: a systematic review and Meta –analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 12(3): 193-202.
- Vieweg, V., Hasnain, M., Mezuk, B., Levy, J., Lesnefsky, E J., & Pandurangi, A. (2011). Depression, Stress, and Heart Disease in Earthquakes and Takotsubo Cardiomyopathy. *The American Journal of Medicine*, 124: 900- 907.
- Wicksell, R. K., 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.
- Vowles, K. E., & McCracken, LM. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consul Clin Psychol*, 76(3): 397–407.

Original Article

Comparative study of the of effect of “acceptance and commitment therapy” and “stress inoculation training” on the stress symptoms in people with broken heart syndrome

*Maryam Mahdi Araghi¹, PhD
Kianoosh ZahraKar², PhD

Abstract

Aim. The purpose of this study was to compare the effect of “acceptance and commitment therapy” and “stress inoculation training” on stress symptoms in people with broken heart syndrome.

Background. Stress is considered to be the main driving force of broken heart syndrome, while broken heart syndrome also causes stress. It seems that training the patient for correct use of coping strategies during stressful events is effective in preventing recurrence.

Method. In this quasi-experimental pre-test post-test design with control group, 62 people referred to Tohid Hospital in Sanandaj during 2016-2017 and had been diagnosed as with broken heart syndrome were considered as accessible population, out of which 30 patients were recruited by convenience sampling method and randomly assigned to three groups. Research tool was the stress syndrome scales in Persian language. For intervention groups, the acceptance and commitment therapy and stress inoculation training interventions was conducted in weekly sessions. The questionnaire were filled out before intervention, after intervention and one month after intervention by the three groups. Data were analyzed in SPSS using descriptive and inferential statistics.

Findings. Compared with control group, acceptance and commitment therapy ($F=87.65$, $P\leq 0.0001$) and stress inoculation training ($F=61.18$, $P\leq 0.0001$) were effective in reducing stress symptoms and the effect of the acceptance and commitment therapy was remarkable. In addition to the stability of the effect of both interventions one month after intervention, the effect of acceptance and commitment therapy was found to be superior to stress inoculation training.

Conclusion. Both modalities; especially acceptance and commitment therapy, can be used as effective methods with wide applicability in preventing and reducing symptoms of stress and improving the status of people with broken heart syndrome.

Keywords: Broken heart syndrome, Acceptance and commitment therapy, Stress inoculation training

1 Assistant Professor of Psychology, Payam Noor University, Sanandadj, Iran (*Corresponding Author) email: mmahdiaraghi@gmail.com

2 Associate Professor of Counseling, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran