مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره بیستم، شمارهٔ ۴، فروردین ۱۳۹۷، صفحه ۷۳-۶۸

اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی شهرستان بابل

مهناز فاضلی کبریا (MSc)[۱]، رمضان حسن زاده (PhD)[۲*]، بهرام میرزاییان (PhD)[۲]، افسانه خواجوند خوشلی (PhD)[۱]

۱-گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲-گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران

دریافت: ۹۶/۸/۲۳، اصلاح: ۹۶/۱۱/۴، پذیرش: ۹۶/۱۲/۵

خلاصه

سابقه و هدف: سرمایه های روان شناختی یکی از شاخص های روان شناختی مثبت گرا می باشد که با ویژگیهای خوش بینی، داشتن پشتکار، اسناد مثبت به خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود. این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی به صورت پیش آزمون– پس آزمون بر روی ۲۴ نفر از بیماران قلبی و عروقی مراجعه کننده به مراکز دولتی و غیر دولتی شهرستان بابل در دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل انجام شد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. شرکت کنندگان یک ماه پس از اتمام جلسات مجددا مورد ارزیابی قرار گرفتند و سرمایه روان شناختی با خرده مقیاس های خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوردن و خوشبینی ارزیابی شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین خرده مقیاس ها سرمایه روانشناختی دو گروه آزمایش و کنترل در تاب آوری ۳/۵۳±۰/۴۸ در مقابل ۲/۸۸±۰/۶۷ ($p<۱۲۰/۰۷$)، امیدواری (۴±۰/۵۱ در مقابل ۳/۰۵±۰/۴۹) ($p<۵۹/۸۲۰$)، خودکار آمدی (۳/۵۸±۰/۵۴ در مقابل ۳/۲۵±۰/۵۹)($p<۶/۰۳$) و خوش بینی (۴۰/۶±۰/۵۶ در مقابل ۲/۹۴±۰/۶۶) ($p<۲۶/۴۵۹$) مشاهده شد.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند به عنوان یک مداخله اثر بخش در افزایش سرمایه روانشناختی بیماران قلبی و عروقی محسوب شود.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرمایه های روانشناختی، بیماران قلبی–عروقی.

مقدمه

بیماریهای قلبی–عروقی و تنفسی شایع‌ترین علت مرگ و میر در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه می باشد. شناسایی عوامل خطر ساز این بیماریها همچون چاقی، عدم تحرک و رژیم غذایی نامناسب و انجام مداخلات غیر دارویی همانند تغییر شیوه زندگی و آموزشهای روانشناختی در کاهش این بیماریها موثر می باشد (۱و۲). توسعه اقتصادی و صنعتی و تغییر سبک زندگی افراد شامل کم تحرکی(۳)، اعتیاد به مواد مخدر (۴و۵) و رژیم غذایی ناسالم سبب افزایش بروز بیماری‌های قلبی و عروقی شده است. مطالعات مختلف نشان داده اند که استرس، اضطراب و عصبانیت همراه با مهارت های ضعیف کنار آمدن و حمایت اجتماعی کم در بیماران قلبی و عروقی دخالت دارند (۶). سرمایه‌های روان شناختی یکی از شاخص های روان شناختی مثبت گرایی می باشد که با ویژگیهایی از قبیل باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود، که آموزش های روانشناختی نقش به سزایی در بهزیستی روانی آنان خواهد داشت. رویکرد پذیرش و تعهدَ Acceptence And Commitment Therapy یکی از درمان های جدیدی است که در بهزیستی روانشناختی بیماران نقش بسزایی دارد و با ادغام مداخلات پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط و هدفمند و معنی دار کمک می کند. هدف اصلی ACT تقویت انعطاف پذیری روان شناختی است (۷). Hayes و همکاران معتقدند در این روش درمانی بیماران می آموزند به گونه ای ارزشمند در حضور تجارب ذهنی و جسمانی که گاه غیر قابل کنترل است، زندگی کنند(۸). مدل ACT بررسی می نماید که چگونه یک ذخیره رفتاری خاص می تواند با اهداف ارزشمند زندگی تداخل کند. و اینکه چگونه یک فرد می تواند از لحاظ روان شناختی با آنچه زندگی به وی عرضه می کند انعطاف پذیرتر شود(۹). هدف اولیه در بکارگیری روش درمانی ACT برای مبتلایان به درد مزمن، کاهش تجربه واقعی درد جسمانی نیست – اگر چه ممکن است کاهش یابد – بلکه حرکت دادن فرد به سمت مسیرهای ارزشمند، بین فردی، غنی و تایید کننده زندگی است، حتی اگر درد کماکان وجود داشته باشد(۱۰). Morshedi و همکاران نشان دادند که این رویکرد پاسخ مثبتی در کاهش فرسودگی داشته است(۱۱). Baradaran و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان یک مداخله موثر در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی تلقی می‌گردد (۱۲).

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای مهناز فاضلی کبریا دانشجوی رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر رمضان حسن زاده
آدرس: ساری، بلوار خزر، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری. تلفن: ۰۱۱-۳۳۰۳۳۷۲۹
E-mail: rhassanzadeh@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]

Saboori و همکاران به این نتیجه دست یافتند که این روش درمانی در کاهش علائم شدت درد، افسردگی و استرس موثر بوده است(۱۳). مطالعه Yu و همکاران نشان داد که ارائه یک درمان برای درد مزمن بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبودی بافتار انگاشتن خویشتن (SAC) شده و عملکرد افراد مبتلا به درد مزمن را ارتقا داده است(۱۴). Kakavand و همکاران در بررسی تاثیر درمان پذیرش و تعهد(ACT) بر کاهش استرس در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی–عروقی به این نتیجه دست یافتند که این رویکرد درمانی در کاهش تنیدگی ادراک شده منفی بیماران قلبی-عروقی موثر می باشد(۱۵). Trompetter و همکاران رابطه بین اثربخشیِ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در علائم افسردگی/اضطراب و سلامت روانی مثبت را نشان داد(۱۶). Rachel و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات معنی‌داری برای افسردگی نوجوانان دارد (۱۷). این مطالعه با استفاده از رویکرد درمانی پذیرش بمنظور بررسی تأثیر مداخله رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر سرمایه های روان شناختی بیماران قلبی–عروقی در شهرستان بابل انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه ازاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.۱۳۹۶.۵۶ بر روی ۲۴ نفر از بیماران قلبی و عروقی مراجعه کننده به مراکز دولتی و غیر دولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه (۱۲ نفر گروه آزمایش، ۱۲ نفر گروه کنترل) تقسیم شدند. افراد در صورت ابتلا به بیماری قلبی و عروقی وارد مطالعه شدند و در صورت داشتن اختلالات شخصیت و مشکلات حاد روانشناختی از مطالعه خارج شدند. با رعایت کدهای اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه از هر آزمودنی، اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده فقط در پژوهش حاضر استفاده خواهد شد و از هر گونه سوء استفاده خواهد ماند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری توضیح داده شد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد که در جدول ۱پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آمده است(۸). شرکت کنندگان یک ماه پس از اتمام جلسات مجددا مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسش نامه سرمایه روانشناختی Luthans f (PCQ): پرسش نامه سرمایه روانشناختی Luthans (PCQ) در سال ۲۰۰۷ طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی است که در آن هر مقیاس ۶ گویه دارد(۱۸). در پژوهش Luthans و همکاران آلفای کرونباخ و باز آزمون این پرسش نامه به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۸۰ به دست آمد (۱۹). همچنین در پژوهشی که توسط Narimani و همکاران آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شد(۲۰). همچنین در پژوهش Khosroshahi و همکاران میزان پایایی و روایی آن به ترتیب ۰/۸۵و ۰/۷۹ به دست آمد(۲۱). داده ها با استفاده از نرم افزار Spss آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند و p<۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. در آنالیز آماری از آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کولموگروف_اسمیرنوف جهت بررسی نرمالیته داده‌ها انجام پذیرفت

جدول ۱. پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف درمان	مداخله ها
اول	نومیدی خلاق: کمک به بیمار جهت درک اینکه رویکردفعلی او نسبت به درک فاقد کارآیی و تاثیر است.	چه تلاش هایی کرده اید ؟ آیا این تلاش ها موثربوده اند؟ استعاره بیلچه و گودال، تفاوت میان اقدام عملی ارزشمند درمقایسه با فاجعه آمیز کردن درد
دوم	افزایش رفتارهای خود به مراقبت کننده پیروی از تکالیف و رژیم غذایی توصیه شده	کار روی ارزش های مرتبط با سلامت تاکید بر اراده مندی به منظور تجربه کردن رویدادهای درونی
سوم	مفهوم سازی و درک خویشتن به مثابه بافت و زمینه و نه خویشتنی که محتوی آن در خدمت افکار و احساسات مرتبط با بیماری مزمن است.	کنترل به عنوان یک مساله در نظر گرفته می شود استعاره صفحه شطرنج، تمرین مشاهده گری – تمرین جعبه پر از اشیاء
چهارم	ارزش گذاری: کمک به بیمار جهت تشخیص اهداف ارزشمند زندگی و ایجاد انگیزه برای انجام عملکرد ها توأم با درد	استعاره بالارفتن از کوه، تمرین برخورداری از یک موضوع، استعاره سنگ قبر
پنجم	پذیرش ترس از بیماری، معلول شدن، ومردن که به گونه ای منفی ارزیابی می شوند.	تمرین های مرتبط با اراده مندی
ششم	عدم آمیختگی شناختی با افکاری که منفی ارزیابی می شوند: بیمار شدن، معلول شدن ، مردن	تمرین هایی انعطاف پذیری (تمرین شیر، برچسب گذار ی ، افکار، احساسات).
هفتم	ذهن آگاهی و شفقت درمانی در لحظه اینجا و اکنون زندگی کردن	تمرینات ذهن آگاهی و مراقبه، تمرکز به اصوات، احساسات بساوایی، بینایی، چشایی، گسترش فوران های آگاهی – بخشش و مهربانی به خود).
هشتم	الگوی عمل متعهدانه: افزایش تعهد و پای بندی نسبت به تغییر رفتار در جهت کمک به بهبود از بیماری و رویارویی با خطراتی که سلامتی را تهدید می کند.	انتخاب در برابر تصمیم گیری ، اراده مندی به عنوان یک انتخاب در نظر گرفته می شود. استعاره تمرین پریدن، مراقب بودن

یافته ها

در این مطالعه ۷ نفر (۵۸/۳) زن در گروه کنترل و ۹نفر(۷۵٪) زن در گروه آزمایش قرار داشتند. ۱۲ نفر(۱۰۰٪) متاهل در گروه کنترل و ۱۱ نفر (۹۱/۷٪) متاهل در گروه آزمایش، ۲ نفر(۱۶/۷٪) تحصیلات بالای دیپلم در گروه کنترل و ۳نفر(۲۵٪) تحصیلات بالای دیپلم در گروه آزمایش، ۸نفر(۶۶/۷٪) کارمند در گروه کنترل و ۶ نفر (۵۰٪) کارمند در گروه آزمایش بودند. متغیرهای جنس، تاهل، تحصیلات و شغل در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی داری نداشتند (جدول ۱). همچنین میانگین سنی در گروه کنترل ۱۳/۸۶±۵۶/۳۳ سال و در گروه

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]

آزمایش ۱۰/۱۷±۵۱/۷۵ سال بود که این اختلاف معنی‌دار نبود (جدول ۲). برای آزمون تفاوت میانگین گروه های مورد مطالعه از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است(۲۱). جهت انجام این آزمون ابتدا پیش فرضهای آن شامل همگنی واریانسها و نرمالیته داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت که شرایط آزمون تحلیل کوواریانس تائید شد (جدول ۳). در بررسی نمرات خرده مقیاس های بیماران گروه آزمایش در خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی با مداخله رویکرد پذیرش و تعهد افزایش یافت و این تاثیر در دوره پیگیری ادامه داشته است. نمرات گروه کنترل در این متغیرها در دوره‌های پس آزمون و پیگیری نشان دهنده کاهش خرده مقیاس های تاب آوری، خودکار آمدی، امیدواری و خوش بینی بوده است. بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود داشت. خرده مقیاس خودکارآمدی (F=۶/۰۳، p=۰/۰۲)، امیدواری(F=۵۹/۸۲، p<۰/۰۰۱)، تاب آوری (F=۱۲/۷، p=۰/۰۰۲) و خوش‌بینی (F=۲۹/۴۶، p<۰/۰۰۱). در دو گروه اختلاف معنی‌داری دارند (جدول ۴). اندازه اثر یا همان مقدار مجذورات (۶۲٪) نشان از اثر قوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی دارد. اندازه اثر یا همان مجذورات در خرده مقیاسها، حدود ۲۵ درصد واریانس خود کار آمدی، ۷۷ درصد واریانس امیدواری، ۴۱ درصد واریانس تاب آوری و ۶۰ درصد واریانس خوش بینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بیان می کند.

جدول ۲. وضعیت مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای نمونه ها به تفکیک در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	کنترل تعداد (درصد)	آزمایش تعداد (درصد)	P-value
جنس	زن	۷(۵۸/۳)	۹(۷۵/۰)	۰/۶۶*
	مرد	۵(۴۱/۷)	۳(۲۵/۰)	
تاهل	مجرد	۰(۰/۰)	۱(۸/۳)	۱/۰۰*
	متاهل	۱۲(۱۰۰/۰)	۱۱(۹۱/۷)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۵(۴۱/۷)	۶(۵۰/۰)	۰/۷۶*
	دیپلم	۵(۴۱/۷)	۳(۲۵/۰)	
	بالای دیپلم	۲(۱۶/۷)	۳(۲۵/۰)	
شغل	کارمند	۲(۶۶/۷)	۶(۵۰/۰)	۰/۶۸*
	آزاد	۲(۳۳/۳)	۶(۵۰/۰)	
سن		Mean±SD	Mean±SD	۰/۳۶**
		۵۶/۳۳±۱۳/۸۶	۵۱/۷۵±۱۰/۱۷	

* آزمون کای اسکوار، ** آزمون تی تست مستقل

جدول ۳. نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کولموگروف_اسمیرنوف جهت بررسی نرمالیته داده‌ها

آماره آزمون	متغیرها سرمایه های روان شناختی	خودکارآمدی	امیدواری	تاب آوری	خوش بینی
آماره F (آزمون لون)	۱/۶۱	۱/۰۷	۲/۱۵	۲/۳۴	۱/۵۹
عدد معنی داری	۰/۲۱	۰/۳۱	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۲۲
آماره K-S (آزمون کولموگروف_اسمیرنوف)	۰/۷۷	۱/۰۱	۰/۷۰	۰/۹۳	۱/۱۷
عدد معنی داری	۰/۵۸	۰/۲۵	۰/۶۹	۰/۳۴	۰/۱۲

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره های خرده مقایس های سرمایه های روانشناختی در بیماران قلبی و عروقی در گروه آزمایش و کنترل

خرده مقیاس ها	گروه	پیش آزمون Mean±SD	پس آزمون Mean±SD	پیگیری Mean±SD	F	ETA^2	P-value
خودکار آمدی	آزمایش	۳/۰۳±۰/۵۴	۳/۵۸±۰/۵۶	۳/۴۴±۰/۶۲	۶/۰۳	۰/۲۵	۰/۰۲
	کنترل	۳/۳۲±۰/۶۳	۳/۲۵±۰/۵۹	۳/۲۱±۰/۶۳			
امیدواری	آزمایش	۳/۱۸±۰/۴۶	۴±۰/۵۱	۳/۸۱±۰/۵۶	۵۹/۸۲	۰/۷۷	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۳۵±۰/۶۱	۳/۰۵±۰/۴۹	۳/۰۶±۰/۵۹			
تاب آوری	آزمایش	۳/۲۳±۰/۵۰	۳/۵۳±۰/۴۸	۳/۳۲±۰/۴۸	۱۲/۷۰	۰/۴۱	۰/۰۰۲
	کنترل	۲/۹۸±۰/۶۸	۲/۸۸±۰/۶۷	۲/۶۶±۰/۳۹			
خوش بینی	آزمایش	۳/۲۹±۰/۸۱	۴/۰۶±۰/۶۴	۴/۰۶±۰/۶۴	۲۶/۴۵	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
	کنترل	۳/۰۸±۰/۶۲	۲/۹۴±۰/۶۶	۳/۱۰±۰/۶۷			

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش تعهد اثر معنی داری بر سرمایه روانشناختی در بیماران قلبی–عروقی دارد. نتایج این مطالعه با نتایج Twohig و همکاران که تغییرات در انعطاف پذیری روانی در طول درمان مبتنی بر پزیرش و تعهد را بر روی بیماران وسواسی جبری انجادم دادند و با نتایج پژوهش Hoffmann و همکاران همسو می باشد(۲۳و۲۲). که تاثیر را تایید نموده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به روان پریشی ها (مطالعه ACT برای زندگی) که توسط Johans و همکاران انجام شد همسو می باشد. این مطالعه برای اولین بار امکانپذیر بودن و قابل قبول بودن درمان ACT را برای افراد مبتلا به روان پریشی (G-AC TP) بررسی نمود.

در این پژوهش شرکت کنندگان از میان تیم‌های روان پریشی جامعه انتخاب شدند. این مطالعه مقدماتی نشان داد که مداخلات ACT گروهی مختصر برای افراد مبتلا به روان پریشی امکانپذیر و قابل قبول هستند (۲۴) با توجه به تاثیر گذاری بر بیماران مبتلا به مشکلات روانی و اصلاح روند درمانی در افسردگی و اضطراب، می توان تاثیر آن را بر برخی از بیماران قلبی و عروقی انتظار داشت. نتایج تحقیق Losiano و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی برای فیبرومیا موثر می باشد و با نتایج پژوهش ما همسو است(۲۵). Niles و همکاران در تحقیقی، بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی تاکید داشتند و همسو با نتایج پژوهش حاضر نیز می باشد(۲۶). نتایج پژوهش Gregg و همکاران نیز همسو با پژوهش حاضر اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر مدیریت دیابت توسط خود بیماران را تایید کرد(۲۷).

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می تواند سرمایه روانشناختی بیماران قلبی و عروقی را افزایش دهد و پیشنهاد می شود که متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان های دارویی افراد مبتلا به بیماری قلبی و عروقی به روش های درمان غیردارویی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) که در کاهش تنیدگی، افزایش توانمندی شناختی و مقابله با بیماری موثر هستند نیز توجه ویژه نمایند. این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر محدودیت هایی از جمله محدودیت در روایی بیرونی داشت. جامعه پژوهش حاضر شامل بیماران قلبی – عروقی مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی شهر بابل بودند، لذا در تصمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. مهم ترین محدودیت های پژوهش عدم همکاری لازم بیماران، سن بالای آنان و ادامه روند مداخلات درمانی بود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از تمامی اساتید فوق تخصصی قلب و عروق به ویژه آقایان دکتر امین، دکتر جعفری پور و دکتر هدایتی و همه همکاران و شرکت کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Capital in Cardiovascular Patients in Babol

M. Fazeli Kebria (MSc)[1], R. Hasanzadeh (PhD)[2•], B Mirzaeian (PhD)[2], A. Khjevand Khosheli (PhD)[1]

1.Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, I.R.Iran
2.Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 20(4); Apr 2018; PP: 68-73
Received: Nov 14th 2017, Revised: Jan 24th 2018, Accepted: Feb 24th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Psychological capital is one of the positive psychological indices that is defined by the characteristics of optimism, perseverance, positive self-efficacy, and tolerance. This study was conducted to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological capital in cardiovascular patients in Babol.

METHODS: This cross-sectional study was performed among 24 cardiovascular patients who referred to governmental and non-governmental medical centers of Babol in two groups of 12 based on pretest-posttest design. The therapy based on acceptance and commitment was performed for the experimental group in 8 sessions. Participants were re-evaluated one month after the sessions, and psychological capital was evaluated according to self-efficacy, hope, tolerance and optimism subscales.

FINDINGS: The results of the study showed that there was a significant difference between the subscales of the psychological capital in the experimental and control groups in tolerance (3.53±0.48 vs. 2.88±0.67) (p<120.07), hope (4±0.51 vs. 3.05±0.49) (p<59.820), self-efficacy (3.58±0.54 vs. 3.25±0.59) (p>6.03) and optimism (40.6±0.56 vs. 2.94±0.66) (p>26.459).

CONCLUSION: The present study showed that acceptance and commitment therapy could be considered as an effective intervention in increasing the psychological capital of cardiovascular patients.

KEY WORDS: *Acceptance And Commitment Group Therapy, Psychological Capital, Cardiovascular Patients*.

Please cite this article as follows:

Fazeli Kebria M, Hasanzadeh R, Mirzaeian B, Khjevand Khosheli A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Psychological Capital in Cardiovascular Patients in Babol .J Babol Univ Med Sci. 2018;20(4):68-73.

•Corresponding Author: R. Hasanzadeh(PhD)
Address: Sari Branch, Islamic Azad University, Khazar Blv., Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 33033729
E-mail: rhassanzadehd@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]

References

1.Dashti-Khavidaki S, Khalili h. Pharmacotherapy Of Cardiovascular & Respiratory Disorders, 2016, Arjmandpub, Tehran , P 136
2.Omran MT, Khakpour S, Oliaie F. Left ventricular function before and after kidney transplantation. Saudi Med J. 2009.30(6), 821-23.
3.Zabihi A, Jafarian S, Farokhifar M, Babaee F, salehi Omran M, bijani A. Study on physical activities in babol city. J Babol Univ Med Sci. 2010;11(6):71-6. [In Persian].
4.Niaki MRK, Hamid M, Farshidi F, Mohammadpour M, Omran MTS. Evaluation of the role of opium addiction in acute myocardial infarction as a risk factor.Caspian J Int Med. 2013;4(1):585.
5.MRK Niaki, M Hamid, F Farshidi, M Mohammadpour, MTS Omran. Evaluation of the role of opium addiction in acute myocardial infarction as a risk factor. Caspian journal of internal medicine 4 (1), 585
6.David H, Mark Durand. Abnormal Psychology Translated by Mehrdad Firoozbakht Tehran, Rasa, 2015, P141
7.Paul E. Flaxman, J.T. Blacldage, Frank W. Bond. Acceptance &Commitment Therapy , Translated by M.Mirzaie, S. Nonahal, Tehran, Arjmandpub , 2015 , .P. 139
8. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy., Tehran.P Arjmand. 2017.P. 36
9.Bach Paticia A, Moran Daniel J. Act in Practice. Tehran, Arjmand, 2015 .P.115
10.Stiven C, Stersal K. A practical guide to acceptance and commitment therapy, Tehran, Fara Angizesh , 2015. P 165.
11.Morshedi M & Davarnia K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reducing Couple Burnout of Couples. Iran J Nurs Res. 2016,10(4):76-87.
12.Baradaran M, ZaRe H, Alipor A, Farzad V. effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) on cognitive fusion and psysical health indicators in essential hypertensive patients. J Cognit Psycholo. 2016;4(1-2):2-8.
13.Saboori S, Kakabaraie K. The effectivenss of acceptance and commitment therapy on depression, stress and indicators of pain in women with chronic pain. Iran J Rehailit Res Nurs. 2016;2(4):1-9. [In Persian].
14.Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in "self-as-context" ("perspectivetaking"). occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. J Pain. 2017;18(6):664-72.
15.Kakavand A , Bagheri MR, Shirmohammadi F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress reduction in afflicted elderly men to heart diseases. J Aging Psycol. 2016;1(3):169-78.
16.Trompetter HR, Lamers SMA, Westerhof GJ, Fledderus M, Bohlmeijer ET. Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. Behav Res Thera. 2017.
17.Rachel A, Julissa A. Duenas Scott T. Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. J Context Behav Sci.
18.Luthans F, Youssef C, Avolio BJ. "Psychological Capital: Developing the human competitive edge", Oxford, England: Oxford University Press; 2007.
19.Luthans F, Avolio BJ. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Pers Psychol 2007; 6:138-146
20.Narimani M, Shahmohammadzadeh Y, Omidvar A, Omidvar H. Predictions dimensions of academic engagement based capital components psychological. J Learn Disabilit. 2014;1(1):119-25. [In Persian]
21.Hassanzadeh R. Research methods eor behavior sciences, Tehran , Savalan, 2012. [In Persian]
22.Twohig P, Michael, Jennifer C Plumb , Michael E, Levine , Steven C Hayes. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. Journal Context Behavioral Sci. 2015;4(3):169-78.
23.Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, SJensen J, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group – based acceptance and commitment therapy for health anxiety. J Cont Behavi Sci. 2014;3(3):189-95.
24.Johans LC, Oliver JE, khondoker M, Byrne M. The feasibility and acceptability of brief acceptance and commitment therapy (ACT). group intervention for people with psychosis. Act Life Study. J Behav ther EXP. 2016;50:257-63.
25.Luciano JV, Guallar JA, Aguado J, López-Del-Hoyo Y, Olivan B, Magallón R, et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). Pain. 2014;155(4):693-702.
26.Niles AN, Burklund LJ, Archjj L, Ebraman MD, Saxbe D, Craske MG. Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder : comparing acceptence and commitment therapy and cognitive behavioral therapy. Behav Ther. 2014;45:664-7.
27.Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2007;75(2):336-43.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.4.10.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.4.68]