مقایسه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی–رفتاری هیجان مدار بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان، در بیماران قلبی–عروقی

زهرا مبشر[1]، نسرین باقری[2*]، محمد عباسی[3]، زهرا تنها[4]

۱-دانشجو دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۲-استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۳-استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان خرم آباد، ایران

۴-استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم آباد، ایران

یافته / دوره ۲۳ / شماره ۱ / ویژه نامه ۱۴۰۰

چکیده

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۲/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۸/۲۱۴

مقدمه: بیماری قلبی و عوارض روانی ناشی از آن از مهمترین عوامل مرگ و میر در جهان شناخته شده است از این رو پژوهش حاضر اثربخشی تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود و درمان شناختی رفتاری هیجان مدار بر خود مراقبتی و تبعیت از درمان در بیماران قلبی را مورد مقایسه قرار می دهد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه بود.جامعه آماری شامل تعدادی از زنان مبتلا به بیماری قلبی در شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۹بود که از میان آنها ۴۵ نفر در دسترس (۱۵ نفر گروه اول ۱۵ نفر گروه دوم ۱۵ نفر گروه گواه) مداخله در دو گروه درمان هر کدام به طور جداگانه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار شد و برای گروه گواه هیچ گونه آموزشی اعمال نشد. ابزار این پژوهش مقیاس خود مراقبتی با تعداد ۱۲ سوال که توسط جارسما ساخته شده است و تبعیت از درمان با تعداد ۲۰ سوال (۵ سوال تبعیت کلی و ۱۵ سوال تبعیت اختصاصی) توسط هیز ساخته شده بود که شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند و از آزمون تحلیلی کواریانس چند متغیره برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته‌ها: تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار باعث بهبود خود مراقبتی و تبعیت از درمان در زنان مبتلا به بیماری قلبی عروقی می شوند ($p < ۰/۰۵$) و درصد بهبودی آن ها بیشتر از آزمودنی های گروه گواه می باشد ($p < ۰/۰۵$) ولی دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار موجب استمرار و مدیریت در خود مراقبتی، تشخیص علایم و تبعیت از توصیه های پزشک معالج در زنان مبتلا به بیماری قلبی عروقی می شوند.

واژه‌های کلیدی: خود مراقبتی، تبعیت از درمان، بیماران قلبی.

*آدرس مکاتبه: رودهن، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: Bagheri.nas@gmail.com

مقدمه

بیشترین علت مرگ و میر در حال حاضر بیماری‌های قلبی هستند، اگرچه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی از دهه ۱۹۷۰ به طور قابل توجهی کاهش یافته است، تعداد زیادی از عوامل خطرزای بیماری قلبی عروقی، مانند سیگار کشیدن، چاقی و شیوه‌های نادرست زندگی است، که قابل تغییر هستند. سازمان بهداشت جهانی کنترل بیماریهای قلبی و عروقی را اولویت اول سلامتی در کشورهای در حال توسعه می‌داند. بیش از ۱/۴ میلیون بزرگسال در آمریکا با بیماری قلبی مادرزادی زندگی می‌کنند. و این بیماری تأثیرات آسیب‌شناختی زیادی بر ابعاد گوناگونی از سلامتی، ارتباطات اجتماعی، الگوی زندگی، فضای خانوادگی، شغل و سطح درآمد افراد مبتلا به این اختلال دارد. زنان مبتلا به این بیماری در معرض خطر بیشتری برای اختلالات روانی نسبت به همتایان مرد خود هستند، اختلالات روانی و بی‌خوابی در این افراد بیشتر است. یکی از ابعاد بسیار مهم در زندگی بیماران قلبی، وضعیت روانی آنان است که نقش غیرقابل انکاری در ابعاد دیگر از جمله عملکرد اجتماعی و ازسرگیری کار و فعالیت‌ها دارد (۱).

پایه اصلی درمان برای بیماران قلبی عروقی، خود مراقبتی است. خود مراقبتی مفهومی است که شامل سه اصل اساسی استمرار خود مراقبتی، مدیریت خود مراقبتی و تشخیص علایم است (۲) مداخلات در خود مراقبتی بیماران قلبی-عروقی برای جلوگیری و تشخیص ناراحتی، بهبود علائم و جلوگیری از بستری شدن مجدد توصیه می‌شود. ادغام عناصر مشاوره ساختار یافته در برنامه‌های آموزشی سنتی برای افزایش خود مراقبتی در بیماران لازم است تا مهارت‌های حل مسئله و یادآوری‌های محیطی را برای تقویت افزایش دهد. ولون و همکاران (۳) در یک مطالعه به این نتیجه رسیدند که اعتماد به نفس مراقبان و ارزش‌های فرهنگی به عنوان تأثیرات مهم در مشارکت مراقبین در خود مراقبتی بیماران می‌باشد. اجه، و همکاران در مطاله خود دریافتند که تفاوت‌های نژادی و جنسیتی در خود مراقبتی بیماران از خود وجود دارد، و بیماران مزمن باید مداخلات یکپارچه، مراقبت از خود برای به دست آوردن نتیجه مطلوب را به کار ببرند. نتایج مطالعه کیاتی، و همکاران (۴) نشان داد که درمان‌های روانشناختی باعث افزایش خود مراقبتی در بیماران قلبی عـروقی می‌شود.

از عواملی که در مشارکت فعال بیماران قلبی-عروقی در امور درمان و اجرای توصیه‌های اعضای تیم درمان، متابعت درمانی است. متابعت درمانی دارای مفاهیمی چندگانه است که شامل تمام رفتارهایی است که طبق توصیه‌های متخصصان انجام می‌گیرد. بیماری‌های قلبی تا حد زیادی بستگی به میزان متابعت درمانی بیماران دارد. تا حدی که اگر بیماران قلبی توصیه‌های درمانی را رعایت نکنند، بهترین رژیم درمانی نیز مؤثر نخواهد بود. نتایج مطالعه لیون، و همکاران نشان داد که تجربه بیمار در بیمارستان اهمیت خاصی برای بهبودی سلامت بیماران دارد و مراکز بهداشتی می‌توانند با بهبود تجربه این بیماران، به افزایش متابعت درمانی بیماران کمک کنند (۵).

یافته‌های اچوریا، و همکاران (۶) نشان داد که متابعت درمانی برای موفقیت درازمدت درمان بسیار مهم است اما متأسفانه درصد زیادی از بیماران پیروی از دستورات درمانی را انجام نمی‌دهند. در مطالعه خود دریافتند که متابعت درمانی در هر مرحله یک شرط ضروری برای درمان ضد فشار خون است، و بهبود اثربخشی درمان یک هدف عمده در جلوگیری از حوادث قلبی-عروقی است. اوچ و همکاران (۷).

پژوهشگران بر این باورند که درمان‌های ترکیبی تأثیر هم-افزایی برای درمان بیماری‌ها دارند. درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار توسط سونگ، و همکاران (۸) و اصلاح آن در سال ۲۰۱۸ توسط سونگ، و همکاران (۹) انجام شده است. این درمان ترکیبی از فنون درمان شناختی-رفتاری و فنون درمان هیجان مدار است. در درمان‌های شناختی-رفتاری بر اصلاح الگوهای تفکر تحریف شده، باورهای غلط، رفتارهای اشتباه و ناکارآمد مرتبط با سلامتی و رفع عوامل خطر برای سلامتی متمرکزند. اما

در درمان‌های هیجان مدار تأکید بر تغییر یا تعدیل تجربه هیجانی، نحوه ابراز هیجان و تنظیم شدت یا نوع تجارب هیجانی متناسب یا واقعه هیجانی است. نتایج پژوهش ولانی، و همکاران (۱۰) نشان داد که ارتقاء هیجان به طور قابل توجهی سرکوب هیجانی را در بیماران سرطانی کاهش می‌دهد و باعث افزایش بهزیستی هیجانی ناشی از سرطان می‌شود. یافته‌های مطالعه سون، و همکاران (۱۱) حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری باعث بهبود چشمگیری در کیفیت زندگی، خلق و خو، اضطراب، افسردگی و استرس درک شده در بیماران دیالیزی می‌شود همچنین سطح کراتینین سرم نیز پس از ۱۲ هفته به طور قابل توجهی در این بیماران نیز بهبود می‌یابد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم رویکردهای شناختی-رفتاری است، که تا به امروز این درمان در زمینه پژوهش‌های روانی- جسمانی کاربرد زیادی داشته است و حمایت تجربی زیادی را به خود جلب کرده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع آموزش می‌دهد که در مرحله اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون» از انعطاف پذیری بیشتری برخوردار باشد. این درمان بر پذیرش رویدادها به جای اجتناب تجربی از آن‌ها تأکید دارد. یکی از ویژگی‌های که ممکن است در درمان و کاهش آسیب‌های شناختی مؤثر باشد شفقت به خود و آموزش آن است که به عنوان نحوه روبه‌رو شدن با رنج ها و آسیب‌های خود و یاری کردن به خود در جهت رفع مشکلات خود تعریف می شود و همچنین به معنی قبول کردن احساسات آسیب پذیر، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود، درک دیدگاه‌های غلط که نسبت به کمبودها و شکست‌های خویش و شناسایی کردن تجربیات روزمره فرد تعریف می‌شود. شفقت به خود برای رفتارهای مرتبط با سلامتی در جمعیت‌های مختلف پزشکی دارای ارزش است و باعث بهبود عملکرد و سلامتی بیماران مزمن می‌شود. یافته سیرویس و همکاران نشان می‌دهد که شفقت به خود باعث بهبود تبعیت دارویی در بین مبتلایان به فیبرومیالژیا سندرم خستگی مزمن و سرطان می‌شود و همچنین تا حدودی باعث کاهش استرس می‌شود. نتایج پژوهش خزری، و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مؤثر در کاهش راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی، ناتوانی ناشی از سردرد و شدت سردرد و بهبود راهکارهای تنظیم هیجانات در بیماران مبتلا به سردرد مزمن روزانه می‌شود (۱۲).

پژوهش حاضر مقایسه می کند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان در بیماران قلبی تفاوت دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف؛ کاربردی، و به لحاظ جمع-آوری داده‌ها از جمله مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تعدادی از زنان مبتلا به بیماری قلبی که در سال ۱۳۹۹ دارای پرونده پزشکی بودند و به بیمارستان‌ها و مطب-های پزشکی (متخصص قلب در شهر خرم آباد مراجعه کرده بودند) را تشکیل داد و تعداد ۴۵ نفر با میانگین سنی ۴۸/۳۰±۷/۴۹ انتخاب شدند و در پژوهش شرکت کردند، کمترین حجم نمونه در گروه‌های آزمایش ۱۵ نفر است و این ۴۵ نفر را به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار (۱۵ نفر)، درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مبتنی بر شفقت (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. کمترین حجم برای پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی ۱۵ نفر است (سرمد و همکاران ۱۳۹۳).

ملاک‌های ورود شامل موارد زیر هستند: رضایت آگاهانه، قادر به در اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود ابتلا به بیماری قلبی کسب نمره مناسب از پرسشنامه مصاحبه بالینی جهت شرکت در پژوهش قادر به شرکت در مطالعه طبق جدول زمانی ارائه شده، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن برگه‌ی سلامت مبنی بر نداشتن بیماری کرونا، متعهد به رعایت پروتکل‌های بهداشتی به خاطر ویروس کرونا، ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر هستند:

وجود نشانه‌های روان‌پریشی(که بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته مشخص شد)، اعتیاد به مواد، وجود نشانه‌های شدید کندی روانی حرکتی، ابتلا یا سابقه وجود دوره‌های خلقی شیدایی بر اساس مصاحبه تشخیصی ساختار یافته برای اختلالات روانی محور یک (SCID-I) و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی، غیبت بیش از یک‌سوم جلسات درمانی.

محتوای جلسات درمان

طرح درمانی شامل دو نوع مداخله شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود می‌باشد که هر کدام به یکی از گروه‌های آزمایش ارائه خواهد شد.

جدول ۱. محتوای درمان شناختی رفتاری هیجان مدار

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت بیماری قلبی عروقی و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و اجرای پیش آزمون.
دوم	شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های اضطرابی هستند، ارائه آموزش هیجانی، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش-های تنفس عمیق.
سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌ها، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیشرونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند، ایفای نقش هیجانی.
چهارم	شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.
پنجم	شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آن‌ها مشکل دارند، آموزش آرامیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها.
ششم	شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، آموزش آرمیدگی پیشرونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان-های ناسازگار، ایجاد دیدگاه های جدید.
هفتم	تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. تغییر ارزیابی‌های شناختی، آموزش راهبرد باز-ارزیابی.
هشتم	ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.
نهم	شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
دهم	آموزش آرمیدگی پیشرونده، شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه‌هایی از ابراز هیجان، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه،

جدول۲. محتوای تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اموزش شفقت به خود

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت بیماری قلبی عروقی و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی مؤلفه-های درمان اکت و آموزش متمرکز بر شفقت و اجرای پیش آزمون.
دوم	بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آموزش همدلی.
سوم	صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی.
چهارم	آموزش همدردی: شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر، ارایه‌ی تکنیک ذهن‌آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش.
پنجم	آموزش بخشایش: آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند.
ششم	ارایه تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، آموزش پذیرش مسائل: مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف؛ ارایه‌ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش.

	برون ریزی احساسات و هیجانات؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ قبول هر رویدادی در زندگی و
هفتم	عمل به آن و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم.
	آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به
هشتم	آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب در بین گزینه‌های مختلف..
نهم	آموزش مسئولیت‌پذیری، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.
دهم	بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه‌ی بازخود به اعضای گروه، اجرای پس آزمون.

ابزار

فرم جمعیت شناختی: این فرم محقق ساخته شامل سوالاتی بوده که موارد زیر را مورد سنجش قرار می‌دهد: سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلا به بیماری، دوره‌های بیماری، سابقه درمان.

پرسش‌نامه خودمراقبتی این ابزار در سال ۲۰۰۳ توسط جارسما برای تعیین رفتارهای خود مراقبتی در بیماران قلبی طراحی شده و به ۱۴ زبان ترجمه شده است. این پرسش‌نامه حاوی ۱۲ سوال، و پاسخ هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از همیشه با امتیاز ۱ به منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار تا هیچ وقت با امتیاز ۵ در تغییر است و در مجموع نمره کل این مقیاس بین ۶۰-۱۲ است و نمرات پایین‌تر نشان دهنده رعایت رفتارهای خود مراقبتی از سوی بیماران می‌باشد (طبق نظر ۲۸-۱۲ خود مراقبتی خوب، ۴۴-۲۹ خود مراقبتی متوسط، ۶۰-۴۵ خود مراقبتی ضعیف محسوب می‌شود). این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه گیری رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و دارای روایی محتوا و پایایی بالایی است. بطور مثال، در مطالعه یو و همکاران (۱۳) روایی محتوا ۰/۹۳ و در مطالعه گالاهر و همکاران (۱۴) میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ را در۳۳۳ بیمار قلبی در انجمن قلب نیویورک گزارش شده است. در مطالعه شجاعی و همکاران روی ۲۵۰ بیمار قلبی در مراکز آموزش درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام داد که آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به دست آمده است و روایی آن با روش محتوا بررسی شده است. همچنین پایایی مقیاس اروپایی آن با روش همسانی درونی ۰/۸۰ و با روش آزمون مجدد ۰/۸۵ تعیین شد. علیزاده و همکاران پایایی این پرسش نامه را برابر ۰/۸۴ ذکر کرده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن ۰/۶۹ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه تبعیت از درمان هیز در سال ۱۹۹۲ این پرسش‌نامه را ساخته و اعتباریابی کرده است، این مقیاس دارای ده ماده در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. این پرسش‌نامه دارای دو زیر مقیاس متابعت کلی و متابعت اختصاصی را به منظور میزان سنجش متابعت بیماران مزمن طراحی کردند؛ متابعت کلی دارای همسانی درونی (الفای کرونباخ=۰/۸۱)، گزارش شده است، متابعت اختصاصی همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. پایایی این دو مقیاس بر اساس همبستگی نمرات آزمون، آزمون مجدد با فاصله دو سال قابل قبول به دست آمده است (HAS=۰/۶۰؛ N=۲۱۸۱) (۱۵). زرانی و همکاران (۱۶) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۴۷ به دست آوردند. در پژوهش زاهدنژاد و همکاران (۱۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۸ به دست آمد. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ آن برای نمره‌ی کلی ۰/۶۷ و زیرمقیاس‌های متابعت کلی ۰/۶۵ و متابعت اختصاصی ۰/۶۳ محاسبه گردید.

۴۵ نفر از زنان دارای بیماری قلبی با توجه به ملاک های ورود و خروج در پژوهش شرکت کردند و به صورت تصادفی در سه گروه؛ درمان شناختی رفتاری هیجان مدار (۱۵ نفر)، درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود (۱۵ نفر)، و گروه گواه (۱۵ نفر)، جایگزین شدند و سپس پرسش‌نامه-های ویژگی‌های جمعیت شناختی، خود مراقبتی، تبعیت از درمان، به عنوان پیش آزمون اجرا شد و درمان شناختی رفتاری

هیجان مدار این درمان را اولین بار سونگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ طراحی کردند و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه و درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود (این درمان تلفیقی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز ۲۰۰۶ و درمان مبتنی بر شفقت گلیبرت ۲۰۰۹ می باشد) نیز در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه در وقت آزاد آزمودنی-ها اجرا شدند و در آخر پرسش‌نامه‌ها به عنوان پس آزمون اجرا شدند و همچنین بعد از پایان پژوهش، برای گروه گواه خدمات روانشناسی رایگان ارایه گردید.

تحلیل داده ها

در پژوهش حاضر علاوه بر روش های توصیفی برای آزمون فرضیه های پژوهشی از روش های استنباط آماری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل تحلیل کواریانس چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS 22 استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات توصیفی در ارتباط با متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون بیان شده است.

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی و متابعت درمانی و خرده مقیاس‌های آن را نشان می‌دهد.

پیش فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری

تاباکنیک و فیدل (۲۰۰۷) در کتاب خود اظهار کرده‌اند که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره، باید پیش فرض‌های آن رعایت شود. در اینجا بعضی از این پیش‌فرض‌ها که دارای اهمیت بیشتری هستند، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

بهنجاری: برای این پیش فرض باید بهنجاری تک متغیره و چند متغیره را مورد بررسی قرار داد، در بهنجاری تک متغیره، آزمون‌های شاپیرو ویلک و آزمون کالموگروف-اسمیرنف مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸) که در جدول پایین نشان داده شده است.

همان طوری که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بین گروه-های پژوهش (سه گروه) در متغیر خودمراقبتی، و متابعت درمانی، (P</۰۰۰۱). به دلیل اینکه توان آزمون در پژوهش حاضر ۱، می‌باشد، پس بنابراین حجم نمونه برای آزمون کردن فرضیه‌ها مناسب است، همچنین ۰/۴۳ درصد از تفاوت‌های فردی در خودمراقبتی، ۰/۶۱ درصد از تفاوت‌های فردی در متابعت درمانی، به دلیل عضویت گروهی می‌باشد. بر طبق جدول بالا، همان طور که ملاحظه می‌کنید، نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که پس از تعدیل کردن نمرات پیش آزمون تفاوت معنی‌داری بین گروه درمان شناختی رفتاری هیجان مدار، درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود و گروه گواه وجود دارد (p ۰/۰۱).

در تحلیل کواریانس چند متغیره مشخص نیست، که بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت وجود دارد، (۱۹) به همین دلیل از آزمون تعقیبی بنفرونی برای مشخص شدن این تفاوت‌ها استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است.

همان طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، بین گروه-های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۵). بر مبنای جدول توصیفی ۳، دو گروه شناختی رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری افزایش بیشتری را در خودمراقبتی، و متابعت درمانی، را دارا می‌باشند (P<۰/۰۵). اما در بین دو گروه آزمایش شناختی رفتاری هیجان مدار و درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در خودمراقبتی، و متابعت درمانی، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر وابسته	مرحله سنجش	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)
	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۳۷/۴۱ (۵/۸۶)
خودمراقبتی	پیش‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش وتعهد و اموزش شفقت به خود	۳۸/۳۳ (۳/۴۸)
	پیش‌آزمون	گواه	۲۹/۳۳ (۵/۶۱)
	پس‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۲۲/۷۳ (۷/۵۲)
	پس‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۲۰/۲۶ (۴/۰۷)
	پس‌آزمون	گواه	۲۷/۰۱ (۶/۲۹)
	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۴۶/۴۱ (۶/۷۳)
متابعت درمانی	پیش‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۴۷/۹۳ (۶/۸۵)
	پیش‌آزمون	گواه	۴۹/۵۹ (۷/۲۱)
	پس‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۷۶/۹۹ (۸/۹۷)
	پس‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۷۷/۰۴ (۱۰/۶۱)
	پس‌آزمون	گواه	۵۳/۷۴ (۹/۴۵)
	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۱۱/۶۱ (۲/۲۹)
متابعت کلی	پیش‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۱۲/۳۳ (۲/۱۷)
	پیش‌آزمون	گواه	۱۲/۱۳ (۲/۸۵)
	پس‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۲۰/۷۳ (۲/۵۷)
	پس‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۲۱/۲۱ (۲/۸۵)
	پس‌آزمون	گواه	۱۴/۱۳ (۲/۶۴)
	پیش‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۳۴/۸ (۶/۰۷)
متابعت اختصاصی	پیش‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۳۵/۰۶ (۶/۳۷)
	پیش‌آزمون	گواه	۳۷/۴۶ (۶/۶۵)
	پس‌آزمون	درمان شناختی رفتاری هیجان مدار	۵۶/۲۶ (۶/۴۹)
	پس‌آزمون	درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود	۵۵/۸۳ (۹/۳۴)
	پس‌آزمون	گواه	۴۰/۶۱ (۸/۵۶)

جدول ۴، نتایج آزمون‌های چند متغیری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	معناداری	مجذور اتا	قدرت آزمون
	پیلایی	۰/۹۵۹	۸/۲۹	۸	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۱۷/۵۹	۸	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱
	هتلینگ	۷/۱۴	۳۰/۳۶	۸	۶۸	۰/۰۰۱	/۷۸	۱
	بزرگترین ریشه روی	۷/۰۵	۶۳/۴۷	۴	۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱

جدول ۵، نتایج آزمون کواریانس تک متغیره بر روی پس آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منابع	مجموع مجذورات درجه سوم	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	قدرت آزمون
	پیش‌آزمون	۲۶۸/۹۵۷	۲	۱۳۴/۴۷۸	۱/۴۳	۰/۲۵	۰/۰۹	۰/۱۸
خودمراقبتی	عضویت گروهی	۲۰۴۸/۲۴۷	۲	۵۲۴/۱۲۳	۱۴/۵۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	خطا	۱۳۶۸/۵۵۲	۳۸	۳۵/۰۱۵				
	پیش‌آزمون	۹۶/۷۷۲	۲	۴۸/۳۸۶	۱/۱۷	۰/۳۴	۰/۰۷	۰/۱۲
متابعت درمانی	عضویت گروهی	۳۱۹۰/۷۵۱	۲	۱۵۹۵/۳۷۵	۲۹/۲۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۳۱۷۲/۹۵۴	۳۶	۸۳/۴۹۹				

	پیش‌آزمون	۲/۱۸	۲	۱/۳۳	۰/۸۶	۰/۸۵	۰/۰۴	۶
متابعت کلی	عضویت گروهی	۲۸۹/۴۹۱	۲	۱۴۴/۱۴۵	۴۰/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	خطا	۱۳۶/۳۰۹	۳۶	۳/۵۸۷				
	پیش‌آزمون	۷۶/۶۱۳	۲	۳۸/۳۰۷	۰/۲۵	۰/۷۸	۰/۰۱	۸
متابعت اختصاصی	عضویت گروهی	۲۱۲۰/۴۳۶	۲	۱۰۶۰/۲۱۸	۲۸/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	خطا	۱۴۱۳/۰۷۴	۳۶	۳۷/۱۸۶				

جدول ۶، آزمون تعقیبی بنفرونی برای سه گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش

متغییر	گروه	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
خودمراقبتی	۱-شناختی رفتاری هیجان مدار	۲	۲/۶۴۹	۲/۲۰۵	۰/۷۱
		۳	۹/۰۱۹	۲/۲۲۶	۰/۰۰۱
	۲- تلفیق پذیرش وتعهد و آموزش شفقت به خود	۱	۲/۶۴۹	۲/۲۰۵	۰/۷۱
		۳	۱۱/۶۶۳	۲/۲۶۲	۰/۰۰۱
	۳-گروه گواه	۱	۹/۰۱۹	۲/۲۲۶	۰/۰۰۱
		۲	۱۱/۶۶۹	۲/۲۶۷	۰/۰۰۱
متابعت درمانی	۱-شناختی رفتاری هیجان مدار	۲	۱/۳۰۳	۳/۳۵۷	۰/۸۱
		۳	۲۳/۱۵۱	۳/۳۰۹	۰/۰۰۱
	۲- تلفیق پذیرش وتعهد و آموزش شفقت به خود	۱	۱/۳۰۳	۳/۳۵۷	۰/۸۱
		۳	۲۲/۸۴۶	۳/۴۵۲	۰/۰۰۱
	۳-گروه گواه	۱	۲۳/۱۵۱	۳/۳۸۹	۰/۰۰۱
		۲	۲۲/۸۴۶	۳/۴۵۲	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود بر خودمراقبتی و متابعت درمانی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل نمرات پیش آزمون میزان میانگین نمرات خود مراقبتی در گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری با گروه گواه متفاوت بود، ولی دو گروه آزمایش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. به دلیل آنکه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود در حال گسترش است و داده آزمایشی در مورد این تلفیق درمانی وجود ندارد، امکان مقایسه‌ی دقیق آن با دیگر پژوهش‌ها وجود ندارد. اما درمان شناختی رفتاری هیجان مدار اثربخشی معناداری بر خود مراقبتی دارد و می‌تواند با یافته‌های راپر، و همکاران (۲۰) و ولون، و همکاران (۲۱) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تغییر نمرات خود مراقبتی در پس آزمون در افراد مبتلا به بیماری قلبی نشان دهنده‌ی آن است که درمان شناختی رفتاری هیجان مدار باعث تغییرات معناداری در رفتار و افکار افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی از لحاظ بالینی می‌شود و به همین دلیل این احتمال وجود دارد که میزان خود مراقبتی در این بیماران افزایش پیدا کند. درمان شناختی رفتاری موجب می‌شود که نگرش‌ها و باورها در افراد تغییر کند و این تغییرات منجر به تغییر رفتار در افراد می‌شود.

بیشتر افراد مبتلا به بیماری های جسمی دارای تحریف-های شناختی، اعتقادات ناسازگار و غیرمنطقی در زندگی خود می‌باشند، درمان شناختی رفتاری به این بیماران یاری می-رساند که اعتقادات و اسنادهای غیرمنطقی خود را شناسایی کنند و به وسیله‌ی اطلاعات و تجارب خودشان در زندگی بتوانند که این نگرش‌ها و اسنادها را تغییر و اصلاح کنند و درمانگران بتوانند با بالا بردن دانش در بیماران، آن‌ها را به سوی به وجود آوردن اعتقادات منطقی و کارآمد یاری نمایند،

در نهایت بیماران می‌توانند باورها و اسنادهای منفی و ناسازگار را که موجب اضطراب و افسردگی در آن‌ها و در نهایت موجب کاهش رفتار خود مراقبتی در آن‌ها می‌شود، را اصلاح کنند. به نظر می‌آید که عدم توانایی برای شناسایی و پذیرفتن هیجانات متناسب با وضعیت‌ها و موقعیت‌های مختلف که برای هر فردی وجود دارد، ناتوانی در پایداری اعمال و کارهای هدف‌دار، و بازداری و مهار کردن تکانه‌ها در افراد زمانی که دچار پریشانی و بدحالی می‌شوند، و نداشتن مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و سازگارانه برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌زا و پریشان کننده موجب شود که افراد نتوانند به شیوه‌ی مناسبی سلامت خود را حفظ و تداوم بخشند.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری منجر به افزایش خود مراقبتی در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی می‌شود، به دلیل آنکه این درمان یک درمان تلفیقی از دو پروتکل درمانی می‌باشد و از تلفیق پروتکل‌های درمانی پذیرش وتعهد و آموزش شفقت به خود تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌هایی این پروتکل‌های درمانی که بر خود مراقبتی افراد مبتلا به بیماری قلبی مؤثر بوده‌اند، همخوان می‌باشد. پس بنابراین با یافته‌های پاکنهام (۲۲)، ر نلسون، هال، اندرسون، برتلس و همینگ (۲۳)، میلس، وند، و فریز (۲۴) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که اعمال خود مراقبتی در بهبودی علایم بیماری و در جریان بیماری دارای نقش مهم و اساسی می‌باشد، رعایت کردن و به کار بردن رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مورد توجه و تأکید بسیار زیادی است. فنون به کار برده شده در این پروتکل درمانی مانند: پذیرش و قبول کردن، منعطف بودن از نظر روانی، ذهن اگاه بودن در زمان حال، موجب می‌شود که بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی در باتلاقی که در زمان گذشته داشته و جنگ و جدال‌های بی‌نتیجه و کسل کننده که در حال حاضر با خود دارند، آزاد شوند و با قبول کردن ارزش‌ها، خود را ملزم به انجام آن‌ها بدانند و در روند زندگی روزمره خود، موجب می‌شود که این افراد با قبول کردن بیماری خود و اوضاع به وجود آمده برای آن‌ها به راحتی بتوانند از این خطرات گذر کنند.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که بعد از تعدیل کردن نمرات پیش آزمون میزان میانگین نمرات متابعت درمانی در گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری هیجان مدار و تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری با گروه گواه متفاوت بود، ولی دو گروه آزمایش با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. درمان شناختی رفتاری هیجان مدار اثربخشی معناداری بر خود مراقبتی دارد و می‌تواند با یافته‌های کیو و فیسک (۲۵). وان هرن، جرانیلو، کولینز، گیبارد و وان دن هاف (۲۶) همخوان باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار با شناسایی کردن افکار خودکار منفی و نشان دادن به افراد که به چه طریقی اندیشه‌ها بر خلق و اعمال افراد تأثیر می‌گذارد و به چالش کشاندن اندیشه‌ها و اعتقادات در افراد موجب شناسایی این افکار و اندیشه‌های منفی در افراد و اصلاح افکار و اندیشه‌های منفی، کاهش هیجانات منفی، و یادگیری راهبردهای مقابله‌ی سازگارانه در افراد می‌شود. بنابراین افراد تحت تأثیر فنون این درمان این توانایی را به دست می‌آورند که افکار خودکار منفی و غیرمنطقی و هیجانات متداعی با این افکار منفی و همچنین مدارکی برای تأیید کردن و رد کردن آن‌ها را با وضوح بیشتری شناسایی کنند و به اگاهی بیشتری دست یابند، بنابراین این افراد رفتارهای مثبت بیشتری را از خود نشان می‌دهند. و متعاقب آن این افراد ممکن است از دستورات درمانی که پزشک معالج آن‌ها تجویز کرده است پیروی کنند و طبق دستورات پزشک خود برای بهبودی بیماری خود عمل کنند. با بالا رفتن میزان هیجانات منفی در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، میزان و شدت علایم بیماری در این افراد بیشتر می‌شود، پس در نتیجه تنظیم هیجانات در این افراد ممکن است بر پیامدهای منفی در این افراد دارای نقش بسیار مهمی باشد. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در

این بیماران با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، خشم و استرس همراه است و راهبردهایی ارزیابی مجدد مثبت با این علایم منفی دارای رابطه‌ی منفی می‌باشد.

همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت به خود به طور معناداری منجر به افزایش متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی می‌شود، به دلیل آنکه این درمان یک درمان تلفیقی از دو پروتکل درمانی می‌باشد و از تلفیق پروتکل‌های درمانی پذیرش وتعهد و آموزش شفقت به خود تهیه شده است، به همین دلیل می‌توان گفت که یافته پژوهش حاضر با یافته‌هایی این پروتکل‌های درمانی که بر متابعت درمانی افراد مبتلا به بیماری قلبی مؤثر بوده‌اند، همخوان می-باشد. پس بنابراین با یافته‌های دهخدایی و عالی پور (۲۷)، سرویس و هیرش (۲۸)، دود و جانگ (۲۹) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یادگیری فنون پذیرش و تعهد موجب می‌شود که افراد احساسات خود را بدون اینکه آن‌ها را انکار کنند، می‌پذیرند و به این وسیله محتوای آزاردهنده اندیشه‌هایشان را با متمرکز شدن بر روند و جریان افکارشان به طور آگاهانه آزاد می‌شوند و آن را مرتبط با عمل مبتنی بر هدف می‌دانند. به این ترتیب بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی خود را ملزم به پیروی از دستورات پزشکی می‌دانند و در نتیجه ممکن است علایم بیماری و روند زندگی آن‌ها بهبود یابد. در بیماری‌های مزمن پزشکی اجتناب و دوری کردن از بیماری در میان این افراد، زیاد دیده می‌شود که این امر یک دلیل مهم و اساسی برای رعایت نکردن دستورات پزشکی در این بیماران می‌باشد و احتمال دارد که این افراد، احساس ترس، خشم و گناه را در مورد بیماری خود داشته باشند و آن‌ها انگیزه و رغبتی برای پیروی و متابعت از دستورات پزشک معالج را نداشته باشند.

یادگیری فنون شفقت به خود موجب می‌شود که افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی نسبت به خود با شفقت بیشتری رفتاری کنند، و در مورد خود قضاوت و داوری منفی نخواهند داشت، و به دلیل به کار بردن فنون این درمان، افراد ممکن است بتوانند مشکلات و گرفتاری‌های موجود در زندگی خود را بپذیرند، و این منجر می‌شود به اینکه افراد مبتلا به بیماری قلبی عروقی با وجود تمام ناسازگاری‌ها در زندگی خود، با اعضای خانواده صمیمیت و نزدیکی بیشتری داشته باشند، مهارت بالاتری برای تنظیم کردن هیجانات خود را کسب کنند و متعاقب آن کارآمدی بیشتری خواهند داشت و در نتیجه با حفظ کردن تعادل روانی خود تمایل بیشتری برای مقابله‌ی سازگارانه و مؤثر با مشکلات موجود در زندگی خود خواهند داشت، (۳۰) با بالا رفتن نزدیکی و صمیمیت بین فرد و اعضای خانواده و حمایت خانواده، موجب می‌شود که این افراد اعتماد به نفس بیشتری را به دست آورند و در راستای به دست آوردن یک زندگی با هدف تلاش و کوشش کنند .

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد IR.IAU.B.REC.1399.045 در کمیته اخلاق تصویب شد. پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد می باشد از اساتید گرامی بابت راهنمایی در نگارش این پژوهش قدردانی می شود. همچنین از کارکنان بیمارستان شهید مدنی و پزشکان محترم متخصص کمال تشکر و قدردانی دارم.

References

1. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Priorities in Critical Care Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2019
2. Chew HS, Sim KL, Cao X. Motivation, challenges and self-regulation in heart failure self-care: a theory-driven qualitative study. International journal of behavioral medicine. 2019 (5):474-85.
3. Durante A, Greco A, Annoni AM, Steca P, Alvaro R, Vellone E. Determinants of caregiver burden in heart failure: does caregiver contribution to heart failure patient self-care increase caregiver burden?. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2019 ;18(8):691-9.
4. Khayyati R, Rezaei N, Shakiba M, Navidian A. A Comparative Study of the Impact of Cognitive-Behavioral Education and Conventional Training on Self-Care in Depressed Patients with Heart Failure: A Clinical Trial. Medical-Surgical Nursing Journal. 2019 ;8(1). In persian
5. Raparelli V, Proietti M, Romiti GF, Lenzi A, Basili S, Tiberti C, et al, The sex-specific detrimental effect of diabetes and gender-related factors on pre-admission medication adherence among patients hospitalized for ischemic heart disease: insights from EVA study. Frontiers in endocrinology. 2019 ;10:107.
6. Leon C, Koosed T, Philibert B, Raposo C, Benzaken AS. HIV/AIDS health services in Manaus, Brazil: patient perception of quality and its influence on adherence to antiretroviral treatment. BMC health services research. 2019 (1):1-1.
7. Echeverría JJ, Echeverría A, Caffesse RG. Adherence to supportive periodontal treatment. Periodontology 2000. 2019 (1):200-9.
8. Uchmanowicz B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Mazur G. How may coexisting frailty influence adherence to treatment in elderly hypertensive patients?. International journal of hypertension. 2019 Jan 6;2019.
9. Suveg C, Jones A, Davis M, Jacob ML, Morelen D, Thomassin K, et al. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. Journal of abnormal child psychology. 2018 ;46(3):569-80.
10. Suveg C, Kendall PC, Comer JS, Robin J. Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2006 ;36(2):77-85.
11. Villani D, Cognetta C, Repetto C, Serino S, Toniolo D, Scanzi F, et al. Promoting emotional well-being in older breast cancer patients: results from an eHealth intervention. Frontiers in psychology. 2018 27;9:2279.
12. Sohn BK, Oh YK, Choi JS, Song J, Lim A, Lee JP, et al. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy with mindfulness in end-stage renal disease hemodialysis patients. Kidney research and clinical practice. 2018 r;37(1):77.

13. Sirois FM, Hirsch JK. Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. Mindfulness. 2019 1;10(1):46-54.
14. Edwards KA, Pielech M, Hickman J, Ashworth J, Sowden G, Vowles KE. The relation of self-compassion to functioning among adults with chronic pain. European Journal of Pain. 2019 ;23(8):1538-47.
15. Khazraee H, Omidi A, Kakhki RD, Zanjani Z, Sehat M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive emotion regulation strategies, headache-related disability, and headache intensity in patients with chronic daily headache. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2018;20(S1). In persian
16. Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behaviour of heart failure patients: cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. Hong Kong Med J. 2010 1;16(Suppl 3):13-6.
17. Alizadeh Z, Ash Trap T, Nik Ravan Mofrad F, Zairi F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors in patients with heart failure. Health Promotion Management Quarterly.2009, 3 (1), 27-34. In persian
18. Dunbar-Jacob J, Mortimer-Stephens M. Treatment adherence in chronic disease. Journal of clinical epidemiology. 2001 1;54(12):S57-60.
19. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006 1;44(1):1-25.
20. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in psychiatric treatment. 2009y;15(3):199-208.
21. Ruppar TM, Cooper PS, Johnson ED, Riegel B. Self-care interventions for adults with heart failure: A systematic review and meta-analysis protocol. Journal of advanced nursing. 2019r;75(3):676-82.
22. Vellone E, Riegel B, Alvaro R. The Situation-Specific Theory of Caregiver Contributions to Heart Failure Self-Care. InSituation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing 2021 (pp. 193-206). Springer, Cham.
23. Chew HS, Sim KL, Cao X. Motivation, challenges and self-regulation in heart failure self-care: a theory-driven qualitative study. International journal of behavioral medicine. 2019 ;26(5):474-85.
24. Jerant A, Hanson B, Kravitz RL, Tancredi DJ, Hanes E, Grewal S, et al . Detecting the effects of physician training in self-care interviewing skills: Coding of standardized patient (SP) visit recordings versus SP post-visit ratings. Patient education and counseling. 2017 1;100(2):367-71.
25. Van Cappellen P, Rice EL, Catalino LI, Fredrickson BL. Positive affective processes underlie positive health behaviour change. Psychology & health. 2018 2;33(1):77-97.

26. Mills, J., Wand, T. and Fraser, J.A., 2018. Examining self-care, self-compassion and compassion for others: a cross-sectional survey of palliative care nurses and doctors. International journal of palliative nursing, 24(1), pp.4-11.
27. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and personality psychology compass. 2011 ;5(1):1-2.
28. Cui R, Fiske A. Predictors of treatment attendance and adherence to treatment recommendations among individuals receiving Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. Cognitive behaviour therapy. 2020 Mar 3;49(2):113-9.
29. Cajanding RJ. The effectiveness of a Nurse-Led cognitive–behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: A randomized controlled trial. Applied Nursing Research. 2016 1;31:86-93.
30. Dowd AJ, Jung ME. Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. Appetite. 2017 1;113:293-300.

Comparison of a combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion oriented cognitive-behavioral therapy on self-care and adherence to treatment in icardiovascular patients

Mobasher Z[1], Bagheri N[2*], Abasi M[3], Tanha Z[4]

1.Phd student, Departmant of psychology, Borujerd Branch , Islamic Azad University Borujerd , Iran

2. Assistant Professor, Departmant of psychology, Facultypsychology and educational sciences Roodehen Islamic Azad University, Tehran,Iran, Bagheri.nas@gmail.com

3.Assistant Professor of Educational Psychology Faculty of Literature and Humanities Lorestan University khorramabad Iran

4. Assistant Professor, Departmant of psychology, khorramabad Branch , Islamic Azad University khorramabad, Iran

Abstract

***Background*:** Introduction Heart disease and its psychological complications are known to be the most important causes of mortality in the world. Compares in heart patients.

Materials and Methods: The present study was a pre-test, post-test with a control group. The statistical population included a number of women with heart disease in Khorramabad in 1399, of whom 45 were available (15 people in the first group 15 people in the second group 15 people in the control group) Intervention in the two treatment groups was held separately in 10 sessions of 90 minutes each and no training was applied for the control group. The instrument of this study was the 12-item self-care scale developed by Jarsma and the 20-item treatment follow-up (5 general follow-up questions and 15 specific follow-up questions) developed by Hayes. The test answered its questions and multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: The combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion-oriented cognitive-behavioral therapy improves self-care and adherence to treatment in women with cardiovascular disease ($p < 0.05$) and percentage Their improvement was higher than the control group ($p < 0.05$). But the two experimental groups were not significantly different ($P < 0.05$).

***Conclusion*:** The combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion-oriented cognitive-behavioral therapy leads to continuity and management in self-care, symptom detection and adherence to physician recommendations in women with cardiovascular disease.

Keywords: Self-care, Adherence to treatment, Cardiac patients.

Citation: Mobasher Z, Bagheri N, Abasi M, Tanha Z. Comparison of a combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion oriented cognitive-behavioral therapy on self-care and adherence to treatment in icardiovascular patients. Yafte. 2021; 23(1):12-25.