

«زن و مطالعات خانواده»

سال هفتم - شماره بیست و ششم - زمستان 1393

ص 75 - 57

تاریخ دریافت: 92/09/27

تاریخ پذیرش: 93/03/31

تأثیر تعهد و پذیرش درمانی (ACT) بر ارزشمندی زندگی و پردازش شناختی بیماران قلبی - عروقی زن

سیما عندلیب¹

دکتر محسن گل‌پرور^{2*}

دکتر حمید صانعی³

چکیده

بیماری قلبی - عروقی از زمره بیماری‌هایی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی نیز قرار می‌گیرد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تعهد و پذیرش درمانی (ACT) بر ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر در بیماران قلبی - عروقی زن اجرا شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی (تجربی) و جامعه آماری پژوهش بیماران قلبی - عروقی زن مراجعه‌کننده به مطب یک پزشک متخصص قلب - عروق در اصفهان در بهار 1392 بودند که از بین آن‌ها به صورت داوطلبانه بیست نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (10 نفر گروه آزمایش و 10 نفر گروه کنترل) گمارده شدند. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی دو گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت آموزش تعهد و پذیرش درمانی (ACT) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسش‌نامه ارزشمندی زندگی (ویلسون و همکاران، 2010) و پرسش‌نامه سرکوب فکر با دو خرده‌مقیای سرکوب و تحمیل (اشمیت و همکاران، 2009) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شد. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در ارزشمندی زندگی و تحمیل فکر تفاوت معناداری وجود دارد، اما در سرکوب فکر بین دو گروه تفاوت معنادار نبود.

واژه‌های کلیدی: تعهد و پذیرش درمانی (ACT)، ارزشمندی زندگی، سرکوب فکر، تحمیل فکر، بیماران قلبی - عروقی.

¹ - کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) andalibisima@gmail.com

² - دانشیار گروه روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) نویسنده مسئول، drmgolparvar@gmail.com

³ - دانشیار بیماری‌های قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

مقدمه

بیماری‌های روان‌تنی از قبیل آسم، اختلالات گوارشی و بیماری‌های قلبی امروزه در سراسر دنیا جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کنند. از چند دهه پیش تاکنون شواهد گسترده‌ای در دست است که نشان می‌دهد غیراز سن، جنس و سایر عوامل خطر کلاسیک جسمانی، تنش‌های روانی برای بیماری‌های قلبی از زمره تهدیدکننده‌ترین عوامل هستند (ایلیچ و اپوستولویچ¹، 2002؛ جانستون²، 2007). تنش‌های روان‌شناختی در زندگی از طریق سازوکارهای روانی-عصبی-فیزیولوژیک و تحریک نظام عصبی خودکار (به ویژه بخش سمپاتیک)، واکنش‌های قلبی-عروقی را افزایش داده و به بروز یا تداوم بیماری قلبی-عروقی کمک می‌کنند (کامپیر، جرمانی، پرویتی و جانوی³، 2011؛ نبی، شیپلی، واترا، هال، کورکیلا، مارموت، کیوی‌ماکی و سینگ-مانوکس⁴، 2010). مطالعات متعددی این ارتباط را هم برای مردان و هم برای زنان نشان داده‌اند (پینکوس، بارتون، ووگل و فیلد⁵، 2002؛ زودرسما، تامبس و دی یونگی⁶، 2011). با گذر ایام و با گام نهادن انسان‌ها به هزاره سوم میلادی، با تمرکز بر بیماری‌های مزمن و بیماری‌های روان‌تنی به عنوان یکی از مهمترین علل مرگ و میر انسان‌ها، نقش عوامل روانی در سلامتی انسان‌ها بیش از پیش مورد توجه قرار گرفت (سلانو و هوفمان⁷، 2011). یکی از پیامدهای چنین توجهی، افزایش استفاده از درمان‌های روان‌شناختی-برای بیماری‌هایی نظیر بیماری قلبی-عروقی بوده است (هوفمان، مسترومارو، بوهم، سی‌بروک، فریچیون، دنننگر و لیوبو میرسکی⁸، 2011). درمان‌های متعدد روان‌شناختی تاکنون برای کمک به بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی مورد استفاده قرار گرفته که یکی از آن‌ها پذیرش و تعهد درمانی (ACT) است.

پذیرش و تعهد درمانی⁹ (ACT) در دهه هشتاد میلادی توسط استیون هیس¹⁰ شناخته و به جامعه درمانگران معرفی شد (باراکا¹، 2004؛ باتن و هیس²، 2005). این

¹. Ilic & Apostolović

². Johnston

³. Compare, Germani, Proietti & Janeway

⁴. Nabi, Shipley, Vahtera, Hall, Korkeila, Marmot, Kivimäki & Singh-Manoux

⁵. Pincus, Burton, Vogel & Field

⁶. Zuidersma, Thombs & de Jonge

⁷. Celano & Huffman

⁸. Huffman, Mastromauro, Boehm, Seabrook, Fricchione, Denninger & Lyubomirsky

⁹. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

¹⁰. Steven Hayes

رویکرد درمانی بر پایه نظریه‌ای رفتاری در مورد زبان و شناخت که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی³ نامیده می‌شود، بنا شده است (هیس و اسمیت⁴، 2005؛ برکینگ، ناوسیو، کوم‌تویس و لینه‌هان⁵، 2009؛ هیس، اورسیلو و رومر⁶، 2010). بر حسب نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی، انسان‌ها فقط بر اساس تاریخچه تعاملاتی که با محرک‌های دنیای اطراف خود داشته‌اند به آن‌ها پاسخ نمی‌دهند، بلکه پاسخ آن‌ها به محرک‌ها به روابط متقابل این محرک‌ها با رویدادهای دیگر نیز بستگی دارد (اورسیلو و باتن⁷، 2005؛ بلکاج و هیس⁸، 2006؛ کازانتزیس، رینکه و فریمن⁹، 2010). به‌طور کلی هدف پذیرش و تعهد درمانی (ACT) افزایش انعطاف‌پذیری روانی و رفتاری در بافت‌هایی است که اجتناب از تجربه در آن‌ها غلبه دارد و فرد را از زندگی ارزشمند و اساسی بازمی‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی (ACT)، یعنی توانایی ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار در زمانی ارزشمند برای ارتقای وضعیت زندگی است (هیس و اسمیت، 2005؛ اورسیلو و باتن، 2005؛ بلکاج و هیس، 2006). فرایند درمان در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) از طریق تمرکز و فعالیت بر شش فرایند اصلی یعنی پذیرش، گسستن، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهد دنبال می‌شود. هر یک از این فرایندها بر اعمال زبانی ما تأثیر می‌گذارند. البته برخی از این فرایندها، تنظیم زبانی شناخت را تضعیف و برخی دیگر به فعال‌سازی رفتاری منتهی می‌شوند (بیگلان، هیس و پیستورلو¹⁰، 2008). به هر حال هر یک از این شش فرایند به اشکال مختلف با فرایندهای دیگر ارتباط دارند، و به همین جهت نیز در تأثیر بر انعطاف‌پذیری روانی با دیگر فرایندها تعامل می‌کنند (فلدروس، بال-میجر، پیترس و شوریرس¹¹، 2012).

1. Barraca

2. Batten & Hayes

3. Subjective relational frame theory

4. Hayes & Smith

5. Berking, Neacsiu, Comtois & Linehan

6. Hayes, Orsillo & Roemer

7. Orsillo & Batten

8. Blackledge & Hayes

9. Kazantzis, Reinecke & Freeman

10. Biglan, Hayes & Pistorello

11. Fledderus, Bohlmeijer, Pieterse & Schreurs

در فرایند پذیرش و تعهد درمانی (ACT) به مراجعان کمک می‌شود تا بدون توجه به اضطراب از طریق شش فرایند اصلی (پذیرش، گسستن، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهد) زندگی مبتنی بر ارزش و هدفمند خود را دنبال کنند. این‌که در فرایند درمان چقدر روی هر یک از این فرایندهای شش‌گانه تأکید شود، بستگی به مراجعین و اختلالات متفاوت دارد. بیشتر راهبردهای پذیرش و تعهد درمانی (ACT) استعاره‌ای هستند. سه دلیل برای استفاده از استعاره در این نوع درمان وجود دارد: 1) استعاره‌ها داستانند و ماهیت نهی‌کننده ندارند، به همین دلیل مراجعان نسبت به آن‌ها مقاومت نشان نمی‌دهند. 2) استعاره‌ها شباهتی به رفتار کلامی منطقی نیز ندارند. آنها بیشتر شبیه عکس هستند و می‌توانند نوعی تمرین تجربه‌ای باشند. 3) استعاره‌ها به راحتی یادآوری می‌شوند و می‌توانند در بسیاری از موقعیت‌ها استفاده شوند (اورسیلو و باتن، 2005؛ بلکاج و هیس، 2006؛ بیگلان و همکاران، 2008؛ کاستا و پینتوگوویا¹، 2011؛ کازانتزیس و همکاران، 2010؛ فلدروس و همکاران، 2012).

از زمان مطرح شدن پذیرش و تعهد درمانی (ACT) شواهد گسترده‌ای از تأثیر این نوع درمان در میان بیماران افسرده، مضطرب، بیماران صرعی، بیماران دچار درد مزمن، افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و بیماران دارای مشکلات روان‌تنی مختلف حمایت نموده است (مژدهی، اعتمادی و فلسف‌نژاد، 1390؛ بیگلان و همکاران، 2008؛ برکینگ و همکاران، 2009؛ هیس و همکاران، 2010؛ کازانتزیس و همکاران، 2010؛ کاستا و پینتوگوویا، 2011؛ فلدروس و همکاران، 2012). برای نمونه در پژوهش‌هایی نشان داده شده که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر ارزشمندی زندگی (مژدهی و همکاران، 1390؛ ویلسون ساندوز، کیچنز و روبرتس²، 2010)، بر توانایی کنترل احساسات و افکار (اورسیلو و باتن، 2005؛ اشمیت، گای، کوروی‌زیر، اویسرمان، کشی، داویس، برینک‌مان و وندرلیدن³، 2009)، بر ارتقای کیفیت زندگی (لاندرگین، دال، ملین و کایس⁴، 2006؛ لاندرگین، دال و هیس⁵، 2008؛ ویکسل، ملین و السون⁶، 2007؛

¹. Costa & Pinto-Gouveia

². Wilson, Sandoz, Kitchens & Roberts

³. Schmidt, Gay, Courvoisier, Oisejermann, Ceschi, Davis, Brinkmann & Van der linden

⁴. Lundgren, Dahl, Melin & Kies

⁵. Lundgren, Dahl & Hayes

⁶. Wicksell, Melin & Olsson

ویکسل، ملین، لکاندر و السون¹، 2009؛ لیلیس، هیس، بانتینگ و ماسودا²، 2009؛ وهوف، اوسکام، شرورس و بال میجر³، 2011) و بر طیف متعدد علائم و مشکلات روان-شناختی نظیر افسردگی و اضطراب (ریوز⁴، 2010) تأثیر معنی داری دارد. در مجموع شواهد حاصل از این دست مطالعات نشان می‌دهد که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر گستره وسیعی از مهارت‌ها و توانایی‌های افراد اعم از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، ارزش-مندی زندگی و مهارت‌های کنترل و مدیریت افکار تأثیر قابل قبولی دارد. با این حال از میان بیماری‌های مختلف، بالاخص در ایران پژوهشی که طی آن تأثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر ارزش‌مندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر در بیماران قلبی-عروقی مورد بررسی قرار گرفته باشد در دسترس قرار نگرفت. بر همین اساس در این پژوهش این سوال محوری را مورد توجه قرار داده‌ایم که آیا پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر سرکوب فکر، تحمیل فکر و ارزش‌مندی زندگی در بیماران قلبی-عروقی زن تأثیر دارد؟ فرضیه‌های مورد بررسی در این پژوهش نیز به شرح زیر بوده است.

فرضیه اول پژوهش: پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر افزایش ارزشمندی زندگی تأثیر دارد.

فرضیه دوم پژوهش: پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر کاهش سرکوب و تحمیل فکر تأثیر دارد.

ابزار و روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی و طرح آن یک طرح دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که در آن تعهد و پذیرش درمانی (ACT) متغیر مستقل و ارزشمندی زندگی، سرکوب و تحمیل فکر متغیرهای وابسته بوده‌اند. متغیر مستقل (تعهد و پذیرش درمانی) فقط بر روی گروه آزمایش اعمال شد. تعهد و پذیرش درمانی بر پایه هشت جلسه چهل و پنج دقیقه‌ای و مبتنی بر آموزه‌ها و دستورالعمل‌های ارائه شده برای این نوع درمان (باتن و هیس، 2005؛ هیس و اسمیت، 2005؛ اورسیلو و باتن، 2005؛ بلکاج و هیس، 2006؛ بیگلان و همکاران، 2008؛

¹. Wicksell, Melin, Lekander & Olsson

². Lillis, Hayes, Bunting & Masuda

³. Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer

⁴. Ruiz

برکینگ و همکاران، 2009؛ هیس و همکاران، 2010؛ کازانتزیس و همکاران، 2010؛ کاستا و پیتنوگویا، 2011؛ فلدروس و همکاران، 2012) اجرا شد. شایان ذکر است که با توجه به وضعیت و تمایل بیماران قلبی- عروقی زن در پژوهش حاضر، تعهد و پذیرش درمانی (ACT) به صورت فردی بر روی اعضای گروه آزمایش اجرا شد.

ساختار جلسات آموزشی تعهد و پذیرش درمانی (ACT) به این شرح است: جلسه اول: آشنایی بین درمانگر و مراجع و انجام پیش‌آزمون، جلسه دوم: سنجش هدفمند و کار بر روی درماندگی خلاق، کنترل و شیوه‌های تقویت آن‌ها، جلسه سوم: کار بر روی پذیرش و شیوه‌های تقویت آن، جلسه چهارم: کار بر روی گسستن (گسلش) و دام‌های زبانی، جلسه پنجم: کار بر روی خود متعالی و مواجهه هیجانی، جلسه ششم: کار بر روی تعهد رفتاری، جلسه هفتم: کار بر روی ارزش‌ها، اهداف، موانع و عمل و جلسه هشتم: ادامه کار بر روی ارزش‌ها، اهداف، موانع و عمل و جمع بندی مباحث دوره درمانی و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

جامعه آماری این پژوهش متشکل از بیماران قلبی و عروقی زن مراجعه کننده به مطب یک پزشک متخصص قلب و عروق در شهر اصفهان در بهار 1392 بودند. از جامعه آماری مورد اشاره، بر اساس توصیه‌های مطرح در متون علمی و دانشگاهی در مورد حجم نمونه برای پژوهش‌های آزمایشی (سرمد، بازرگان و حجاری، 1376)، در آغاز پژوهش سی زن به عنوان نمونه برای شرکت در این پژوهش به صورت داوطلبانه در نظر گرفته شدند. پس از شروع پژوهش علی‌رغم تلاش‌های مکرر و با توجه به اصل اخلاقی تمایل شخصی به شرکت در پژوهش، در نهایت بیست زن دارای بیماری قلبی و عروقی حاضر به همکاری داوطلبانه برای پژوهش حاضر شدند، لذا گروه نمونه پژوهش به بیست نفر تقلیل یافت. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش 40 تا 67 سال بود. پس از انتخاب داوطلبانه، 20 نفر نمونه پژوهش با استفاده از گمارش تصادفی، به دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ده نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش رضایت کامل شخصی برای مشارکت در پژوهش تا پایان دوره، داشتن بیماری قلبی، سن حداکثر تا شصت سال، نداشتن بیماری روانی حاد یا مزمن و نداشتن بیماری جسمی دیگر همزمان با بیماری قلبی و توانایی مشارکت در دوره درمانی بوده است. از ابزارهای زیر برای سنجش متغیرهای وابسته استفاده شد.

الف) پرسش نامه سرکوب فکر: برای سنجش سرکوب فکر از پرسشنامه پانزده سؤالی معرفی شده توسط اشمیت و همکاران (2009) که دارای دو خرده مقیاس سرکوب (9 سوال) و تحمیل (6 سوال) فکر با مقیاس پاسخگویی هفت درجه‌ای (خیلی کم = 1 تا خیلی زیاد = 7) است، استفاده شد. اشمیت و همکاران (2009) روایی این پرسشنامه را از طریق نظریه سوال- پاسخ و از طریق تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) در چهار مدل برای خرده مقیاس سرکوب و یک مدل برای تحمیل فکر مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که ترکیب 9 سوال برای سرکوب فکر و 6 سوال برای تحمیل فکر (پس از حذف سوال 15 که دارای بار عاملی پایین و مشابه بر هر دو عامل بوده است) از بهترین شرایط در این پرسشنامه از نظر شاخص‌های برازش برخوردارند. اشمیت و همکاران (2009) آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه بالای 0/75 گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ دو خرده مقیاس سرکوب و تحمیل فکر در پژوهش حاضر به ترتیب برابر با 0/79 و 0/73 به دست آمد.

ب) پرسش نامه ارزش‌مندی زندگی: برای سنجش ارزش‌مندی زندگی از پرسش نامه ده سوالی ویلسون و همکاران (2010) که ده حوزه (روابط خانوادگی، ازدواج و روابط صمیمانه، ایفای نقش‌های والدینی، دوستی و روابط اجتماعی، اشتغال، تعلیم و آموزش، تولید مثل، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و بهزیستی جسمی) را مورد سنجش قرار می‌دهد و دارای مقیاس پاسخگویی ده درجه‌ای (اصلاً ارزش ندارد=1 تا کاملاً ارزش دارد=10) است، استفاده شد. این پرسشنامه از نظر روایی و پایایی وضع مطلوبی است (ویلسون و همکاران، 2010)، به ترتیبی که شواهد خارجی مربوط به این پرسش نامه حاکی از شرایط مطلوب آن برای سنجش ارزش‌مندی زندگی است (ویلسون و همکاران، 2010). ویلسون و همکاران (2010) روایی این پرسش نامه را در بعد اهمیت از طریق تحلیل عاملی تاییدی مستند ساخته و آلفای کرونباخ را طی دو مطالعه برابر با 0/79 و 0/83 و پایایی بازآزمایی آن را برای ده ارزش مورد سنجش در دامنه همبستگی برابر با 0/61 (برای بهزیستی جسمی) تا 0/82 (تولید مثل) گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ این پرسش نامه در پژوهش حاضر برابر با 0/7 به دست آمد.

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی نمونه در گروه آزمایش و کنترل، پرسش نامه‌های ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر برای هر دو گروه اجرا شد (پیش-آزمون). سپس برای اعضای گروه آزمایش، جلسات تعهد و پذیرش درمانی (ACT) به صورت فردی (نوسط یک کارشناس ارشد دارای گواهینامه آموزش تعهد و پذیرش درمانی) برگزار شد. گروه آزمایش به مدت دو ماه و در قالب هشت جلسه چهل و پنج دقیقه‌ای در مطب خصوصی پزشک متخصص قلب و عروق تحت آموزش قرار گرفتند. در پایان جلسه هشتم از هر دو گروه خواسته شد پرسشنامه‌های ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر را دوباره پاسخ دهند (پس‌آزمون). به منظور مقایسه نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری همراه با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای نشان دادن نرمال بودن توزیع متغیرها و آزمون لوین برای نشان دادن برابری واریانس‌های خطا استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی¹ نسخه 18 (SPSS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند..

یافته‌ها

در جدول 1 فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است.

جدول (1)- فراوانی و درصد فراوانی گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای جمعیت‌شناختی

| گروه کنترل | | گروه آزمایش | | متغیر | زیرگروه‌های متغیر | ردیف |
|--------------|---------|--------------|---------|---------|-------------------|------|
| درصد فراوانی | فراوانی | درصد فراوانی | فراوانی | | | |
| 50 | 5 | 50 | 5 | سن | تا 50 سال | 1 |
| 50 | 5 | 50 | 5 | | 51 سال و بالاتر | 2 |
| 100 | 10 | 100 | 10 | | کل | 3 |
| 40 | 4 | 40 | 4 | تحصیلات | تادپلم | 4 |
| 60 | 6 | 60 | 6 | | بالاتراز دیپلم | 5 |
| 100 | 10 | 100 | 10 | | کل | 6 |
| 10 | 1 | 20 | 2 | تاهل | مجرد | 7 |
| 90 | 9 | 80 | 8 | | متاهل | 8 |
| 100 | 10 | 100 | 10 | | کل | 9 |

¹. Statistical Package for Social Science- Version 18

در جدول 2 نتایج بررسی پیش فرض‌های مربوط به تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

جدول (2)- نتایج آزمون نرمال بودن توزیع متغیرها و برابری واریانس‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش در پس‌آزمون

| آزمون لوین | | آزمون کولموگروف - اسمیرنف | | متغیرها | ردیف | آزمون |
|------------|------|---------------------------|------|----------------|------|--------------------|
| P | F | P | Z | | | |
| 0/72 | 0/13 | 0/83 | 0/62 | ارزشمندی زندگی | 1 | آزمون کوواریانس |
| 0/18 | 1/94 | 0/89 | 0/58 | سرکوب فکر | 2 | |
| 0/28 | 1/22 | 0/47 | 0/84 | تحمیل فکر | 3 | |

چنان‌که در جدول 2 مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون ارزشمندی زندگی، سرکوب فکر و تحمیل فکر دارای توزیع نرمال هستند ($p > 0/05$). همچنین در بخش نتایج مربوط به آزمون لوین، در پس‌آزمون نیز ارزشمندی زندگی، سرکوب فکر و تحمیل فکر دارای برابری واریانس‌ها در بین دو گروه آزمایش و کنترل هستند ($p > 0/05$). در جدول 3 میانگین و انحراف معیار ارزشمندی زندگی، سرکوب فکر و تحمیل فکر در گروه‌های آزمایش و کنترل پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول (3)- میانگین و انحراف معیار متغیرهای ملاک پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | گروه‌ها | متغیرهای وابسته | ردیف |
|----------|------|-----------|------|-------------|-----------------|------|
| SD | M | SD | M | | | |
| 0/89 | 5/93 | 1/31 | 4/98 | گروه‌آزمایش | ارزشمندی زندگی | 1 |
| 0/78 | 5/52 | 1/02 | 5/57 | گروه کنترل | | |
| 0/81 | 3/11 | 0/49 | 4/33 | گروه‌آزمایش | سرکوب فکر | 2 |
| 0/75 | 3/48 | 0/9 | 3/6 | گروه کنترل | | |
| 0/71 | 2/54 | 0/72 | 4/12 | گروه‌آزمایش | تحمیل فکر | 3 |
| 0/69 | 3/3 | 1/01 | 3/56 | گروه کنترل | | |

چنان‌که در جدول 3 مشاهده می‌شود، میانگین پس‌آزمون ارزشمندی زندگی در گروه آزمایش برابر با 5/93 و در گروه کنترل برابر با 5/52 می‌باشد. میانگین پس‌آزمون سرکوب فکر در گروه آزمایش برابر با 3/11 و در گروه کنترل برابر با 3/48 می‌باشد. میانگین پس‌آزمون تحمیل فکر در گروه آزمایش برابر با 2/54 و در گروه کنترل برابر با

3/3 می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شده بر پس آزمون ارزشمندی زندگی بعد از کنترل پیش آزمون در جدول 4 ارائه شده است.

جدول (4)- نتایج تحلیل کوواریانس بر ارزشمندی زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش آزمون

| ردیف | متغیرهای وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|------|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|------------|
| 1 | ارزشمندی زندگی | 2/85 | 1 | 2/85 | 7 | 0/02 | 0/44 | 0/65 |

چنان که در جدول 4 مشاهده می‌شود، در پس آزمون ارزشمندی زندگی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F=7$ و $p<0/05$) وجود دارد. این یافته به این معنی است که بین ارزشمندی زندگی گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برابر با 0/44 است و به این معنی است که 44 درصد تفاوت ارزشمندی زندگی در پس آزمون بین گروه آزمایش و کنترل مربوط به تعهد و پذیرش درمانی (ACT) بوده است. توان آزمون نیز برای ارزشمندی زندگی در پس آزمون برابر با 0/65 و به این معنی است که تحلیل کوواریانس چند متغیری با 65 درصد توان تفاوت‌های بین ارزشمندی زندگی پس آزمون گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شده بر پس آزمون سرکوب و تحمیل فکر بعد از کنترل پیش آزمون در جدول 5 ارائه شده است.

جدول (5)- نتایج تحلیل کوواریانس بر سرکوب و تحمیل فکر در گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش آزمون

| ردیف | متغیرهای وابسته | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | معناداری | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
|------|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|------------|
| 2 | سرکوب فکر | 0/79 | 1 | 0/79 | 1/55 | 0/24 | 0/15 | 0/2 |
| 3 | تحمیل فکر | 2/1 | 1 | 2/1 | 6/56 | 0/03 | 0/42 | 0/63 |

چنان که در جدول 5 مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون سرکوب فکر بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($p > 0/05$) به دست می‌آید ولی در پس‌آزمون بین تحمیل فکر گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ($F = 6/56$ و $p < 0/05$) وجود دارد. مجذور سهمی انا برابر با $0/42$ است، به این معنی که 42 درصد تفاوت در پس‌آزمون تحمیل فکر گروه آزمایش و کنترل مربوط به تعهد و پذیرش درمانی (ACT) بوده است. توان آزمون نیز برای تحمیل فکر برابر با $0/63$ است، به این معنی که تحلیل کو-واریانس چند متغیری با 63 درصد توان تفاوت‌های بین گروه آزمایش و کنترل را بر پایه تعداد نمونه مورد مطالعه تأیید نموده است. بر اساس نتایج ارائه شده در جدول 4، فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر این که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر افزایش ارزشمندی زندگی تأثیر دارد، به طور کامل مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین بر اساس نتایج ارائه شده در جدول 5، فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر کاهش سرکوب و تحمیل فکر تأثیر دارد، به این صورت مورد تأیید قرار می‌گیرد که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) صرفاً بر کاهش تحمیل فکر در بیماران قلبی و عروقی زن تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بخش اول یافته‌های این پژوهش که با هدف تعیین تأثیر پذیرش و تعهد درمانی بر ارزشمندی زندگی و سرکوب و تحمیل فکر در بیماران قلبی - عروقی اجرا شد، نشان داد که بین ارزشمندی زندگی گروه آزمایش که در دوره آموزش پذیرش و تعهد درمانی (ACT) شرکت داشته‌اند، با سطح ارزشمندی زندگی گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. این یافته با یافته‌های گزارش شده توسط مژدهی و همکاران (1390) مبنی بر تأثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر احساس ارزشمندی زندگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، با یافته‌های لاندرگین و همکاران (2006 و 2008) مبنی بر تأثیر پذیرش و تعهد درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مصروع، با یافته‌های گزارش شده در فراتحلیل وهوف و همکاران (2011) مبنی بر تأثیر خفیف تا متوسط پذیرش و تعهد درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن و با یافته‌های گزارش شده توسط ریوز (2010) مبنی بر تأثیر نسبی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر نظام شناختی و ارزشی افراد همسویی نشان می‌دهد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی (ACT) هر فرد به طور بالقوه توانایی برقراری ارتباط کامل با زمان حال و تغییر یا حفظ رفتار برای یک زندگی ارزشمند را دارد. همچنین ارزشمندی زندگی در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) از طریق فرایندهایی نظیر پذیرش، گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث در بند ماندن افراد می‌شود همراه با در زمان حال زندگی کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهد به تحقق می‌پیوندد. هر یک از این فرایندها به نوعی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری را تحت تاثیر قرار می‌دهند (بیگلان و همکاران، 2008؛ فلدروس و همکاران، 2012). به همین دلیل نیز برخی از صاحب‌نظران، پذیرش و تعهد درمانی (ACT) را درمان مبتنی بر اقدام هدایت‌شده از طریق ارزش‌ها نیز نامگذاری نموده‌اند (باتون و هیس، 2005؛ هیس و اسمیت، 2005). ویلسون و همکاران (2010) ارزشمندی زندگی را از زمره محوری‌ترین تاکیدات در پذیرش و تعهد درمانی (ACT) معرفی نموده و اظهار می‌دارند که ارزش‌ها بر خلاف اهداف در این نوع درمان، به صورت مطلق قابل دستیابی نیستند. بلکه ارزش‌ها پدیده‌هایی محسوب می‌شوند که از مجموعه‌ای از رفتارهای پیچیده که توسط انسان قابل انجام هستند، استخراج گشته و پدید می‌آید. از طرف دیگر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) دارای مؤلفه‌های وجودگرایی جدی نیز هست. برای نمونه سؤالات کلیدی و محوری که در این نوع درمان مدنظر قرار می‌گیرند از این قبیل هستند: در زندگی کوتاه خود در این سیاره به کجا می‌خواهید بروید؟ اکنون در زندگی خود در کدام جایگاه هستید؟ چه چیزی قلبا و عمیقا برای شما در زندگی مسأله است؟. از طریق تمرکز بر چنین سؤالات وجودگرایانه‌ای، افراد بدون تردید به تصویر جامع زندگی خود اندیشیده و به تدریج به آن پی می‌برند. علاوه بر این چنین اندیشه و تجارب بعدی آن با عث می‌شود تا به تدریج آن‌ها بدون اجتناب تجربه‌ای با مسائل زندگی خود مواجه شوند و از طریق ارزش‌های محوری در زندگی خود، انگیره و تمایل به تغییر رفتار را در راستای اهداف ارزشمند زندگی در خود پدید آورند (اورسیلو و باتن، 2005). از طرف دیگر تفکر زیربنایی پذیرش و تعهد درمانی (ACT) این است که آنچه را خارج از کنترل شماست، بپذیرید و نسبت به آنچه که برای زندگی شما ارزش و اهمیت دارد، تعهد نشان بدهید. به نظر می‌رسد که همین پذیرش و تعهد، خود به تهایی می‌تواند باعث شود تا احساس ارزشمندی زندگی در افراد تقویت شود.

در تبیین تأثیر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) بر ارزشمندی زندگی همچنین می‌توان گفت که رفتار انسان و تأثیرات فرایندهای شرطی در انسان، وابستگی تام و تمام به فرایندهای زبانی دارد. به این معنی که کافی است تا انسان‌ها به خود یادآوری کنند که چه چیزی برای آن‌ها مهم است، و سپس نسبت به آن چه بیان نموده‌اند دست به عمل بزنند. بنابراین وقتی که فرد به خود بازگو می‌کند که آن چه به لحاظ وجودی ارزشمند است این است که به وضعیت سلامتی خودم در وضعیت کنونی توجه کنم و سپس دست به اقدام بزنم، بدون تردید ارزشمندی زندگی در وی تقویت می‌شود. به هرحال توجه محتوایی به آن چه در فرایند پذیرش و تعهد درمانی (ACT) مورد تأکید و آموزش قرار می‌گیرد، محرز می‌سازد که توجه به ارزشمندی زندگی در حوزه‌هایی نظیر روابط خانوادگی، روابط صمیمانه، ایفای نقش‌های والدینی، دوستی و روابط اجتماعی، تعلیم و آموزش، معنویت، شهروندی و زندگی جمعی و بهزیستی جسمی بسیار مورد تأکید است. به این جهت طی پژوهش حاضر نیز این نوع درمان در ارزشمندی زندگی در بیماران قلبی و عروقی زن گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری را ایجاد کرده است.

بخش بعدی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تحمیل افکار گروه آزمایش که در دوره آموزش پذیرش و تعهد درمانی (ACT) شرکت داشتند، نسبت به گروه کنترل دارای تفاوت معنادار است. در جستجو‌هایی که به طور مکرر انجام گرفت، پژوهشی که بتوان یافته‌های این بخش از پژوهش را با آن مورد مقایسه قرار داد، در دسترس قرار نگرفت. به این جهت به لحاظ نظری تلاش می‌شود تا این بخش از یافته‌ها تبیین شود. در مجموع تحمیل فکر یکی از مولفه‌های سرکوب فکر است که طی آن فرد دائم احساس می‌کند که افکار ناخواسته‌ای که چندان هم برای وی خوشایند نیستند به ذهنش هجوم می‌آورند. صرف‌نظر از محتوای این افکار، در بسیاری از شرایط افراد با صرف نیروی قابل توجه روانی یا سعی می‌کنند از مواجهه با این افکار اجتناب کنند، و یا این که با نیروی زیاد آن‌ها را از صحنه هشیاری خود دور نمایند (اشمیت و همکاران، 2009). با احتمال زیاد و بر اساس مطالعات گسترده‌ای که تاکنون انجام شده، در بین بیماران قلبی و عروقی به نوعی نشخوار فکری نسبت به بیماری و تبعات خرد و کلان آن وجود دارد (سلانو و هوفمان، 2011). چنین نشخوار فکری به مرور برای بیماران

قلبی-عروقی ماهیت تهدیدآمیز به خود گرفته و در عین حال به سادگی علی‌رغم تلاش-های جدی از صحنه ذهن افراد پاک نمی‌شود.

همین مسأله می‌تواند به مرور زمان این افکار را به افکار تحمیلی تبدیل کند. اما این‌که چه زیان یا تبعات منفی برای افکار تحمیلی وجود دارد خود نیز مسأله است. افکار تحمیلی در ساختار شناختی ذهن انسان می‌توانند تبعات گوناگونی به وجود آورند. وقتی یک فکر دائم به صحنه ذهن هشیار انسان هجوم می‌آورد، حتی اگر مبتنی بر واقعیت نباشد و از باورهای معیوب و بیمارگون نشات گرفته باشد، می‌تواند به باورهای فراشناختی معیوب (نگرانی در باره نگرانی) منتهی شود. از طرف دیگر وقتی یک باور یا فکر دائم در صحنه ذهن هشیار افراد حضور می‌یابد، علی‌رغم این‌که ممکن است واقعیت نباشد، ولی با احتمال زیاد تبدیل به یک واقعیت برای فرد می‌شود. اکنون می‌توان تصور نمود که وقتی یک بیمار قلبی نسبت به خود و بیماری‌اش افکار تحمیلی را احساس می‌کند، بدون تردید از سطح امیدواری، انگیزش، تلاش و تعهدش نسبت به کنترل و درمان بیماری‌اش کاسته خواهد شد. در فرایند پذیرش و تعهد درمانی (ACT) به چنین بیمارانی آموزش داده می‌شود تا علاوه بر پذیرش خود و وضعیت جسمی‌شان، نسبت به اهداف و ارزش‌های زندگی نیز تعهد، تلاش و مسئولیت لازم را بپذیرند. چنین روند رفتاری-شناختی به تدریج بر اثر توجه مبتنی بر نگرانی کمتر به افکار تحمیلی باعث می‌شود تا نیرومندی و فراوانی این نوع افکار کاسته شود. همچنین وقتی فرد به صورت زبانی دائم به خود متذکر می‌شود که زندگی و حیات او در لحظه کنونی علی‌رغم بیماری و مشکلاتی که دارد، نیازمند تلاش رفتاری در راستای اهداف و ارزش‌هاست نه تمرکز بر افکار نگران‌کننده و تحمیلی، بدون تردید با کاسته شدن از تمرکز بر افکار تحمیلی، شدت و فراوانی آن‌ها نیز تضعیف خواهد شد.

در مجموع بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و تعهد درمانی (ACT) شیوه‌ای موثر برای ارتقای احساس ارزشمندی زندگی و تحمیل افکار در بیماران قلبی و عروقی زن است. پیشنهاد کاربردی در خصوص یافته‌های این پژوهش به استفاده از تعهد و پذیرش درمانی (ACT) برای بیماران زنی است که خود و اطرافیان (و حتی پزشک متخصص معالج) آن‌ها احساس می‌کنند که از احساس بی‌ارزشی زندگی و تحمیل افکار نگران‌کننده رنج می‌برند. عملیاتی نمودن این مهم از چند طریق قابل حصول است که قابل اجراترین آن‌ها، ارجاع این بیماران به

روان‌شناسان و مشاورانی است که در عرصه تعهد و پذیرش درمانی (ACT) فعالیت می‌کنند. در حوزه پیشنهاد های پژوهشی به پژوهش‌گران بعدی پیشنهاد می‌شود تا پژوهش حاضر را با نمونه‌های بزرگتری از هر دو جنس (زنان و مردان) و از جوامعی با حجم بزرگتر (مانند بیماران قلبی و عروقی بستری در بیمارستان ها و ...) تکرار نمایند. همچنین توصیه پژوهشی بعدی به پژوهشگران آینده این است که تاثیر پایدار (یک تا چند ماهه) پذیرش و تعهد درمانی (ACT) را بر ارزشمندی زندگی و متغیرهای متنوع دیگر در بیماران قلبی و عروقی) در مقایسه با درمان‌های مدرن و فرامدرن دیگر (نظیر روایت درمانی و...) مورد بررسی دهند. در پایان نیز باید توجه داشت که پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی نظیر تشکیل گروه نمونه پژوهش از زنان دارای بیمار قلبی و عروقی مراجعه کننده به مطب یک متخصص بیماری‌های قلبی و عروقی و نحوه انتخاب داوطلبانه گروه نمونه پژوهش مربوط می‌شود. این محدودیت‌ها در تعمیم نتایج لازم است مد نظر قرار گیرد.

منابع:

- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، و حجازی، الهه (1376)، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ اول، تهران: نشر رسا.
- مؤدهی، محمدرضا؛ اعتمادی، احمد؛ و فلسفی‌نژاد، محمدرضا (1390)، بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فرهنگ مشاوره، 2(7)، 1-13.
- Barraca, J. (2004), Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Batten, S.V., & Hayes, S.C. (2005), Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: A case study. *Clinical Case Studies*, 4(3), 246- 262.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2009), The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 47(8), 663-670.
- Biglan, A., Hayes, S .C., & Pistorello, .J (2008), Acceptance and commitment, implication for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
- Blackedge, J.T., & Hayes, S.C. (2006), Using Acceptance and Commitment Training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy*, 28(1), 1-18.
- Celano, C.M., & Huffman, J.C. (2011), Depression and cardiac disease: A review. *Cardiology in Review*, 19(3), 130 -142.
- Compare, A., Germani, E., Proietti, R., & Janeway, D. (2011), Clinical psychology and cardiovascular disease: An up-to-date clinical practice review for assessment and treatment of anxiety

- and depression. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7(2011), 148-156.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011), The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 34-47.
 - Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2012), Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(3), 485-496.
 - Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010), Changes in proposed mechanisms of action in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48(3), 238-245.
 - Hayes, S., & Smith, S. (2005), *Get out of your mind and into your life*. Oakland, CA: Harbinger.
 - Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J.K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J.W., & Lyubomirsky, S. (2011), Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International*, 6 (2/e14), 47-54.
 - Johnston, D. W. (2007), Emotions and the heart: psychological risk factors for cardiovascular disease. *The European Health Psychologist*, 1(2007), 9-11.
 - Ilić, S., & Apostolović, S. (2002), Psychological aspects of cardiovascular diseases. *Medicine and Biology*, 9(2), 138 – 141.
 - Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010), *Cognitive and behavioral theories in clinical practice*. New York: Guilford Press.

-
- Lillis, J., Hayes, S.C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009), Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
 - Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006), Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa: A pilot study. *Epilepsia*, 47(12), 2173-2179.
 - Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S.C. (2008), Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 225-235.
 - Nabi, H., Shipley, M.J., Vahtera, J., Hall, M., Korkeila, J., Marmot, M.G., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2010), Effects of depressive symptoms and coronary heart disease and their interactive associations on mortality in middle-aged adults: the Whitehall II cohort study. *Heart*, 96(20), 1645-50.
 - Orsillo, S.M., & Batten, S.A. (2005), Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29 (1), 95-129.
 - Pincus, T., Burton, A.K., Vogel, S., & Field, A.P. (2002), A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), 109-20.
 - Ruiz, F.J. (2010), A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1), 125-162.
 - Schmidt, R.E., Gay, P., Courvoisier, D., Oisejermann, F., Ceschi, G., Davis, M., Brinkmann, K., & Van der Linden, M. (2009),

Anatomy of the White Bear Suppression Inventory (WBSI): A review of previous findings and a new approach. *Journal of Personality Assessment*, 91(4), 323–330.

- Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011), Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533–542.
- Wicksell, R. K., Melin, L., Lekander, M., & Olsson, G.L. (2009), Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain-a randomized controlled trial. *Pain*, 141(3), 248-257.
- Wicksell, R.K., Melin, L., & Olsson, G.L. (2007), Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain: a pilot study. *European Journal of Pain*, 11(3), 267-74.
- Wilson, K.G., Sandoz, E.K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010), The valued living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60(2), 249–272.
- Zuidersma, M., Thombs, B.D., & de Jonge, P. (2011), Onset and recurrence of depression as predictors of cardiovascular prognosis in depressed acute coronary syndrome patients: A systematic review. *Psychother –Psychosom*, 80(4), 227-37.

