

تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بیمارستان مهرشهر اهواز در سال ۱۳۹۷

شیرین شیرالی^۱، زهرا دشت‌بزرگی^{۲*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۱۳ تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۴

خلاصه

مقدمه: سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مشکلات عمده‌ای در زمینه سلامت روانشناختی دارند و یکی از روش‌های مداخله برای کاهش مشکلات روانشناختی، روش درمان پذیرش و تعهد است. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از میان زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان مهرشهر اهواز در سال ۱۳۹۷، ۴۰ نفر با روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید. داده‌ها با پرسشنامه‌های اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی جمع‌آوری و با آزمون‌های t و تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: گروه‌ها در پیش‌آزمون از نظر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما در پس‌آزمون از نظر هر سه متغیر تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/001$). به عبارت دیگر، روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی بود. روانشناسان بالینی و درمانگران احتمالاً می‌توانند از روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای مداخله در زمینه اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، اضطراب وجودی، تحمل پریشانی، فرانگرانی، بیماری‌های قلبی عروقی

مقدمه

سالمندی فرایندی زیستی است و بر اساس سرشماری آمار سالمندان از ۷/۳٪ در سال ۱۳۸۵ به ۸/۲٪ در سال ۱۳۹۰ (بیش از ۶ میلیون نفر) رسیده است [۱]. پیشرفت‌های پزشکی باعث افزایش طول عمر و پدیده سالمندی شده و سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی با مشکلات فراوانی به‌ویژه در زمینه سلامت مواجه هستند [۲]. سلامت، نقش مهمی در کاهش عوامل استرس‌زای زندگی، دوری از بیماری‌های مزمن، مرگ زودرس و ارتقای کیفیت زندگی دارد [۳]. اضطراب وجودی (Existential anxiety) در کاهش سلامت نقش دارد و معمولاً از ناامیدی، بیگانگی و احساس پوچی نشأت می‌گیرد [۴]. این اضطراب سراسر زندگی را در برمی‌گیرد و درباره سه عامل مرگ و نیستی، تهی شدن زندگی از معنا و احساس گناه و تقصیر است [۵]. اضطراب وجودی زمانی ایجاد می‌گردد که افراد عمیقاً در وجود خود تأمل کنند و در یافتن معنای زندگی ناموفق باشند [۶].

علاوه بر آن، تحمل پریشانی (Distress tolerance) یک سازه فراهیجانی است که شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی منفی می‌باشد [۷]. این سازه حالتی از رنج هیجانی است که با نشانه‌های افسردگی و اضطراب تعریف می‌شود و با علائم فیزیولوژیکی بی‌خوابی، سردرد و انرژی پایین همراه است که بر عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره تأثیر منفی می‌گذارد [۸]. افراد دارای تحمل پریشانی پایین‌تر، واکنش شدیدتری به استرس نشان می‌دهند [۹]. همچنین، فرانگرانی (Meta-worry) نه فقط به‌عنوان یک علامت ناشی از اضطراب، بلکه به‌عنوان یک سبک انگیزشی فعال نقش مهمی در مقابله با استرس و ارتقای سلامت دارد [۱۰]. نگرانی یک پاسخ مقابله‌ای است که به وسیله افکار ناخوانده ایجاد می‌شود و سلامت جسمی و روانی را تضعیف می‌کند [۱۱]. باورها و ارزیابی‌های منفی درباره نگرانی از جمله نگرانی درباره نگرانی را فرانگرانی گویند [۱۲]. یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی که نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقای سلامت دارد، روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Group therapy based on acceptance and commitment

است [۱۳]. گروه درمانی، فعالیتی برای افزایش آگاهی افراد از خود و دیگران و کمک به آنها برای ایجاد تغییرات در زندگی است [۱۴] و به افراد امکان می‌دهد که نقاط ضعف و قوت، ارزش‌ها و باورهای خود را بررسی و با دیگران مقایسه کنند و به دنبال بهبود ویژگی‌های خود باشند [۱۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از گسترش درمان شناختی رفتاری شکل گرفته و هدف اصلی آن ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی و انتخاب راهکاری مناسب از بین راهکارهای مختلف است [۱۶]. روش پذیرش و تعهد، بر افزایش پذیرش واکنش‌های منفی چون افکار، هیجانات و حساسیت بدنی منفی که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست، تأکید دارد [۱۷]. درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن‌آگاهی است. در هشیاری فراگیر، افراد بدون تلاش برای کنترل افکار و احساس‌های خود به آنها اجازه می‌دهند که افکار وارد ذهن و سپس از آن خارج شوند که این امر باعث افزایش تحمل رویدادهای منفی می‌شود [۱۸].

نتایج پژوهش Burckhardt و همکاران حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بود [۱۹]. Mirzaeidoostan و همکاران نیز ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ و سلامت روان [۲۰] می‌گردد. در پژوهش Safari Mousavi و همکاران، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ شد [۲۱]. علاوه بر این، نتایج پژوهش Brown و همکاران [۲۲] و Boostani و همکاران [۲۳] حاکی از تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش تحمل پریشانی بود. Amirian و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش تحمل پریشانی شد [۲۴]. نتایج پژوهش Ainsworth و همکاران حاکی از تأثیر مداخلات روانشناختی مبتنی بر پذیرش و توجه بر کاهش افکار ناخوانده و نگرانی بود [۲۵]. در پژوهش Mansoura و Korozhde این مداخلات سطح نگرانی را کاهش داد [۲۶]. در پژوهشی دیگر Mohagheghi و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش فرانگرانی شده، اما بر نگرانی سلامتی تأثیری نداشت [۲۷].

برای هر گروه ۲۰ نفر لحاظ شد. در نتیجه، ۴۰ نفر از اعضای جامعه در یک روز با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده با قرعه‌کشی در دو گروه مساوی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، جنسیت زن، سن بالاتر از ۶۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، زندگی در خانه با همسر، گذشت ۲۴-۶ ماه از بیماری، نداشتن سابقه دریافت درمان پذیرش و تعهد و عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی روانشناختی به طور همزمان بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیشتر از یک جلسه و انصراف از ادامه همکاری بود. برای انجام این پژوهش پس از تأیید پروپوزال و دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه به بیمارستان مهر مراجعه شد و پس از هماهنگی با مسئولان بیمارستان از آنان درخواست گردید تا بیماران قلبی عروقی را به پژوهشگر معرفی کنند. پس از معرفی بیماران و بررسی معیارهای ورود به مطالعه، پرسشنامه‌های اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی اجرا شد. تعداد ۴۰ نفر از افرادی که در پرسشنامه اضطراب وجودی و فرانگرانی نمره بالاتر و در پرسشنامه تحمل پریشانی نمره پایین‌تری گرفته بودند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. از افراد گروه آزمایش خواسته شد تا درباره محتوای مداخله با افراد گروه کنترل صحبتی نکنند. محتوای مداخله پذیرش و تعهد توسط Forman و Herbert طراحی گردید [۲۹] و در مطالعه Abbasi و همکاران [۳۰] نیز استفاده شد (جدول ۱).

یکی از مسائلی که سالمندان با آن روبرو هستند، مرگ و اضطراب ناشی از آن است [۱]. سالمندان مبتلا به بیماری قلبی عروقی، هم با مشکلات سالمندی و هم با مشکلات بیماری قلبی عروقی مواجه هستند که این امر، فشار روانی ناشی از مشکلات آنان را چند برابر می‌کند [۲]. در پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده، سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بررسی نشده‌اند و به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش نمی‌توان نتایج آن پژوهش‌ها را به بیماران قلبی تعمیم داد. یکی از روش‌های مداخله برای کاهش مشکلات روانشناختی، روش گروه درمانی پذیرش و تعهد است [۱۳]. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان مهرشهر اهواز در فصل پاییز سال ۱۳۹۷ بودند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

بر اساس نتایج پژوهش Akhteh و همکاران [۲۸] $\sigma = 1/97$ (انحراف معیار فرانگرانی)، $d = 2/12$ (سطح اطمینان)، $\text{Power} = 0/90$ (توان آزمون) و $\alpha = 0/05$ ، حجم نمونه $18/078$ محاسبه شد که در این پژوهش برای اطمینان، حجم نمونه

جدول ۱- محتوای مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوی
اول	معارفه و بیان اهداف و قوانین جلسات، معرفی مختصر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم‌سازی مشکلات بیماران و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و گنجانیدن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با اصول و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد شامل انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه
چهارم و پنجم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندان)، تقویت توانایی توجه و تمرکز و آموزش نحوه مشاهده و توصیف رویدادها بدون قضاوت درباره آنها
ششم و هفتم	آموزش تمرکز برای افزایش آگاهی روانی، شناخت نحوه پاسخگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی مختلف، ایجاد هدف و سبک زندگی

اجتماعی و تعهد برای عمل به آنها، شناسایی نقاط مثبت و منفی با کمک سایر مراجعان بدون قضاوت و واکنش هیجانی به آنها	
هشتم آموزش تحمل پریشانی و کاهش فرانگرانی و اضطراب وجودی از طریق مهارت‌های پایبندی در بحران، منحرف کردن حواس، تسکین خود به وسیله تغییر حواس، تمرین آگاهی و ارائه بازخورد به یکدیگر	
نهم آموزش تنظیم هیجان (شناخت هیجان‌ها، اهمیت آنها، کاهش آسیب‌پذیری و رنج هیجانی و افزایش هیجان‌های مثبت)، تغییر عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه، تمرین عملی آموخته‌ها و ارائه بازخورد به وسیله گروه و درمانگر	
دهم افزایش کارآمدی بین‌فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه‌مندی و غیره)، آموزش مهارت‌های فردی (توصیف و بیان خود، ابراز وجود، اعتماد، مذاکره، عزت نفس و غیره) و مرور جلسات قبل	

نمره بالاتر به معنای تحمل پریشانی بیشتر می‌باشد. روایی صوری و محتوایی ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/82$ گزارش شد [۲۲]. در ایران Faghih و Kazemi روایی محتوایی ابزار را با نظر سه نفر از دانش‌آموختگان دکتری روانشناسی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ را $0/74$ گزارش کردند [۳۳]. در این پژوهش روایی ابزار توسط ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/78$ محاسبه شد.

پرسشنامه فرانگرانی برگرفته از مقیاس افکار اضطرابی است که توسط Wells و Davies با ۷ گویه طراحی شد. گویه‌ها به صورت چهار درجه‌ای از یک (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۷ تا ۲۸ و نمره بالاتر به معنای فرانگرانی بیشتر می‌باشد. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/75$ گزارش شد [۱۰]. در ایران Fata و همکاران روایی سازه ابزار را از طریق تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را با روش‌های آلفای کرونباخ $0/81$ و بازآزمایی $0/77$ گزارش کردند [۳۴]. در این پژوهش روایی ابزار توسط ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

در مطالعه حاضر رعایت نکات اخلاقی با کد IR.IAUahvaz.REC.1397.128 توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز تأیید شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معنی‌داری $0/05$ با آزمون‌های t مستقل و زوجی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش $69/75 \pm 2/60$ و گروه کنترل $69/38 \pm 2/54$ است. دامنه سنی

در پژوهش حاضر مداخله توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک دوره درمان پذیرش و تعهد انجام شد. این مداخله در زمستان سال ۱۳۹۷ به صورت گروهی برای ۱۰ جلسه (دو بار در هفته) با روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، تمرین عملی در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز انجام شد. در پایان هر جلسه به آزمودنی‌ها تکلیف داده شد و در آغاز جلسه بعد تکالیف بررسی گردید و به آنان بازخورد سازنده داده شد. علاوه بر پرسشنامه جمعیت‌شناختی، شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در کلینیک محل اجرای مداخله پاسخ دادند.

پرسشنامه اضطراب وجودی توسط Good و Good با ۳۲ گویه طراحی شد. گویه‌ها به صورت صحیح و غلط نمره‌گذاری می‌شوند. به گزینه صحیح نمره یک و به گزینه غلط نمره صفر اختصاص می‌یابد. گویه‌های ۳، ۷، ۱۵، ۱۸، ۲۲ و ۳۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (یعنی به گزینه غلط نمره یک و به گزینه صحیح نمره صفر اختصاص می‌یابد). دامنه نمرات بین صفر تا ۳۲ است و نمره بالاتر به معنای اضطراب وجودی بیشتر می‌باشد. روایی ابزار از طریق همبسته کردن گویه‌ها با کل آزمون به طور متوسط $0/49$ و قابل قبول و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/86$ گزارش شد [۵]. در ایران Marashi و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ $0/81$ گزارش کردند [۳۱]. در این پژوهش روایی ابزار توسط ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/84$ محاسبه شد.

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS) توسط Simons &

Gaher با ۱۵ گویه طراحی شد [۳۲]. گویه‌ها به صورت طیف پنج درجه‌ای از یک (کاملاً موافق) تا پنج (کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است و

به خود اختصاص داد. آزمون t مستقل نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر دامنه سنی و مدت بیماری تفاوت معنی‌داری ندارند (جدول ۲).

۶۶-۶۸ سال بیشترین فراوانی را در هر دو گروه آزمایش (۸ نفر معادل ۰/۴۵٪) و کنترل (۹ نفر معادل ۰/۴۵٪) تشکیل می‌داد. مدت بیماری ۷-۱۲ ماه نیز بیشترین فراوانی را در هر دو گروه آزمایش (۱۲ نفر معادل ۰/۶۰٪) و کنترل (۱۰ نفر معادل ۰/۵۰٪)

جدول ۲- فراوانی مطلق و نسبی دامنه سنی و مدت بیماری در گروه آزمایش و کنترل در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۷ (n₁=n₂=۲۰)

متغیرها	طبقات	گروه آزمایش (فراوانی (درصد))	گروه کنترل (فراوانی (درصد))	P
دامنه سنی (سال)	۶۶-۶۸	۸ (۴۰)	۹ (۴۵)	۰/۶۴۰
	۶۹-۷۱	۶ (۳۰)	۷ (۳۵)	
	۷۲-۷۴	۴ (۲۰)	۲ (۱۰)	
	۷۵-۷۷	۲ (۱۰)	۲ (۱۰)	
مدت بیماری (ماه)	۷-۱۲	۱۲ (۶۰)	۱۰ (۵۰)	۰/۸۶۰
	۱۳-۱۸	۲ (۱۰)	۵ (۲۵)	
	۱۹-۲۴	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)	

نوع آزمون: t مستقل $p < 0.05$ * اختلاف معنی‌دار

اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی تفاوت معنی‌داری ندارند (جدول ۳).

نتایج آزمون t زوجی نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل برخلاف مرحله پس‌آزمون در مرحله پیش‌آزمون از نظر

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی گروه‌ها در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۷

مراحل	متغیرها	گروه آزمایش (n=۲۰) انحراف معیار ± میانگین	گروه کنترل (n=۲۰) انحراف معیار ± میانگین	P-value
پیش‌آزمون	اضطراب وجودی	۱۷/۵۶ ± ۲/۷۵	۱۶/۸۷ ± ۲/۷۵	۰/۶۲۵
	تحمل پریشانی	۳۴/۷۲ ± ۴/۶۳	۳۵/۴۳ ± ۴/۸۱	۰/۳۹۲
	فرانگرانی	۱۸/۳۶ ± ۳/۱۰	۱۹/۲۴ ± ۳/۱۲	۰/۷۳۸
پس‌آزمون	اضطراب وجودی	۱۲/۹۸ ± ۱/۸۶	۱۷/۲۶ ± ۲/۷۷	۰/۰۰۱
	تحمل پریشانی	۴۵/۱۱ ± ۵/۲۱	۳۵/۴۶ ± ۴/۸۰	۰/۰۰۱
	فرانگرانی	۱۴/۱۳ ± ۲/۴۵	۱۹/۳۶ ± ۳/۲۱	۰/۰۰۱

نوع آزمون: t زوجی $p < 0.05$ * اختلاف معنی‌دار

متغیرهای وابسته بر اساس آزمون لوینو فرض همگنی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون هر متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن معنی‌دار نبود ($p > 0.05$). در نتیجه، مفروضه‌های نرمال بودن، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس‌ها و

بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که فرض نرمال بودن همه متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس، فرض همگنی واریانس‌های همه

همگنی ضرایب رگرسیون تأیید شدند. تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به

بیماری‌های قلبی عروقی شد که با توجه به مجذور اتا مشخص می‌شود ۰/۷۹/۵٪ تغییرات متغیرهای وابسته ناشی از تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۷

متغیر مستقل	نوع آزمون	مقدار	آماره F	P	مجذور اتا	توان آزمون
	اثر پیلایی	۰/۹۶۱	۵۶/۷۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۰/۹۴۸
گروه درمانی پذیرش و تعهد	لامبدای ویلکز	۰/۳۲۵	۵۶/۷۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۰/۹۴۸
	اثر هاتلینگ	۱/۷۶۴	۵۶/۷۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۰/۹۴۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۶۴	۵۶/۷۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۵	۰/۹۴۸

تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنی‌داری اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش معنی‌دار تحمل پریشانی در زنان سالمند مبتلا به

بیماری‌های قلبی عروقی شد که با توجه به مجذور اتا مشخص می‌شود ۰/۸۹/۴٪ تغییرات اضطراب وجودی، ۰/۸۳/۶٪ تغییرات تحمل پریشانی و ۰/۶۸/۹٪ از تغییرات فرانگرانی ناشی از تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی در سال ۱۳۹۷

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
	پیش‌آزمون	۶۷۹/۲۰۱	۱	۶۷۹/۲۰۱	۶۷/۶۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۵	۱/۰۰۰
اضطراب وجودی	گروه	۶۲۵/۷۳۶	۱	۶۲۵/۷۳۶	۶۲/۳۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۹۴	۰/۹۸۵
	خطا	۳۵۱/۲۲۵	۳۵	۱۰/۰۳۵				
	پیش‌آزمون	۱۴۳۳/۷۹۰	۱	۱۴۳۳/۷۹۰	۶۰/۲۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۹	۰/۹۷۴
تحمل پریشانی	گروه	۱۳۹۷/۲۴۵	۱	۱۳۹۷/۲۴۵	۵۸/۷۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۳۶	۰/۹۶۳
	خطا	۸۳۲/۵۱۰	۳۵	۲۳/۷۸۶				
	پیش‌آزمون	۵۲۷/۶۶۵	۱	۵۲۷/۶۶۵	۴۵/۱۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۲	۰/۸۷۷
فرانگرانی	گروه	۵۸۴/۴۹۲	۱	۵۸۴/۴۹۲	۴۹/۹۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۹	۰/۸۹۱
	خطا	۴۰۹/۴۳۱	۳۵	۱۱/۶۹۸				

بحث

با توجه به آمار بالا و رو به افزایش سالمندان و مشکلات فراوانی که بیماران قلبی عروقی با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی، تحمل پریشانی و فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی انجام شد.

نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

باعث کاهش اضطراب وجودی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شد. درباره تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی پژوهش ناهمسویی یافت نشد، اما با نتایج پژوهش‌های Burckhardt و همکاران [۱۹]، Mirzaeidoostan و همکاران [۲۰] و Safari Mousavi و همکاران [۲۱] همسو بود. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر Eilenberg و همکاران می‌توان گفت که گروه درمانی فرصتی

برای حمایت متقابل و ابزاری مفید برای مقابله مؤثر با استرس است و بیماران در نتیجه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمی‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش‌رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند [۱۳]. بنابراین در این شیوه درمانی بیماران متوجه می‌شوند که غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روانی اجتناب‌ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکلات را تغییر دهند و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی و موقت بودن آن وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند. در نتیجه، این شیوه درمانی آگاهی و درک جدیدتر و عمیق‌تری برای بیماران ایجاد می‌کند و آنان را ترغیب می‌نماید که امیدوارانه و با انگیزه‌تر به زندگی خود ادامه دهند و با تمرکز نکردن به زمان و چگونگی مرگ خود، زندگی هدف‌مندانه‌تری داشته باشند، لذا این شیوه باعث کاهش اضطراب مرگ می‌گردد.

علاوه بر آن نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تحمل پریشانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شد. درباره تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی پژوهش ناهمسویی یافت نشد، اما نتایج پژوهش‌های Brown و همکاران [۲۲]، Boostani و همکاران [۲۳] و Amirian و همکاران [۲۴] حاکی از تأثیر این شیوه مداخله بر افزایش تحمل پریشانی بود. در تبیین این نتایج بر مبنای نظر Boostani و همکاران می‌توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش (ایجاد شکاف بین خود و افکار و احساسات) و پذیرش، آموزش مشاهده افکار و احساسات بدون قضاوت آنها و ارتقای ارزش‌ها و اهداف، زمینه را برای بیماران در جهت تجربه کردن افکار آزاردهنده صرفاً به‌عنوان یک فکر و انجام امور مهم زندگی در راستای ارزش‌ها فراهم می‌آورد. همچنین، این شیوه درمانی با آموزش جایگزین کردن خود به عنوان زمینه باعث تجربه رویدادهای درونی ناخوشایند بدون تجربه استرس زیاد می‌شود و افراد را در زمینه جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و

افکار ناخوشایند توانمند می‌سازد. در واقع، در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود که چگونه از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند، رویدادهای درونی را به جای کنترل کردن، بپذیرند، ارزش‌های خود را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در نتیجه گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق ارزیابی مثبت و منفی بودن رویدادها بر اساس ارزش‌ها و افزایش توانایی بیماران برای مشاهده رویدادهای منفی، بدون قضاوت آنها باعث ارتقای تحمل پریشانی در آنان می‌شود [۲۳].

دیگر نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش فرانگرانی در زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های Ainsworth و همکاران [۲۵] و Mansouri و Korozhde و همکاران [۲۶] همسو و با نتایج پژوهش Mohagheghi و همکاران مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی همسو و در زمینه عدم تأثیر آن بر نگرانی سلامتی ناهمسو بود [۲۷]. در تبیین ناهمسویی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Mohagheghi و همکاران [۲۷] می‌توان به متفاوت بودن جامعه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی سالمندانی انجام شد که مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بودند، اما پژوهش آنان بر روی دانشجویان فاقد بیماری انجام شد. افراد سالم در مقایسه با افراد بیمار ممکن است که فرانگرانی داشته باشند، اما کمتر درباره سلامتی خود احساس نگرانی می‌کنند و به همین خاطر در پژوهش آنان درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش فرانگرانی دانشجویان شد، اما تأثیر معنی‌داری بر نگرانی سلامتی آنها نداشت. همچنین در تبیین تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرانگرانی بر مبنای نظر Butler و همکاران می‌توان گفت که درمان گروهی پذیرش و تعهد برای بسیاری از اختلال‌ها و بیماری‌ها کارکرد یکسانی دارد. چون در اکثر اختلال‌ها و بیماری‌ها هدف اجتناب تجربه‌ای است، اما هدف درمان پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است. یعنی توانایی انتخاب راهکاری بین راهکارهای مختلف که مناسب‌تر از بقیه باشد، نه انجام عملی برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و

تمایلات استرس‌زا که به فرد تحمیل می‌شود [۳۵]. بنابراین، روبرو شدن با دردها و رنج‌ها در مسیر رسیدن به ارزش‌ها به جای اجتناب تجربه‌ای نقش زیادی در کاهش علائم نگرانی دارد. چون اجتناب تجربه‌ای در کوتاه‌مدت باعث کاهش علائم نگرانی، اما در بلندمدت باعث افزایش علائم نگرانی می‌شود. در نتیجه درمان پذیرش و تعهد از طریق پذیرش و روبرو شدن با دردها و سختی‌ها که گاه به صورت عینی و گاه به صورت ذهنی صورت می‌پذیرد باعث کاهش نگرانی درباره نگرانی‌ها یا فرانگرانی می‌گردد.

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای بود و مثل تمام پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از جمله می‌توان به محدود بودن نمونه مورد بررسی به زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی اشاره کرد، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. محدودیت‌های دیگر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم استفاده از مرحله پیگیری برای بررسی پایداری نتایج و عدم امکان کنترل کافی بر متغیرهای محیطی و خانوادگی بود. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده توصیه می‌گردد که پژوهشگران آتی این پژوهش را بر روی سایر گروه‌ها از جمله مردان سالمند و افراد مبتلا به سایر بیماری‌ها انجام دهند و نتایج آن را با نتایج مطالعه حاضر مقایسه نمایند. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران نتایج تأثیر روش یا روش‌های درمانی خود را پیگیری نمایند و استفاده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد دیگر، مقایسه تأثیر روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های گروه درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی مثل درمان مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان دیالکتیکی و غیره است.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی در زنان سالمند مبتلا به

بیماری‌های قلبی عروقی شد. گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل استفاده از فعالیت‌های گروهی و اصول و مفاهیم پذیرش، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسیمی، روشن‌سازی ارزش‌ها، عمل متعهدانه و ذهن‌آگاهی به دنبال افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است که این امر نقش مهمی در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی دارد. در صورتی که بستر لازم برای اجرای این نوع مداخله فراهم شود، احتمالاً این روش درمانی می‌تواند در بهبود ویژگی‌های روانشناختی تأثیر داشته باشد. بنابر این، استفاده از روش گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای مداخلات مرتبط با سلامت به‌ویژه کاهش اضطراب وجودی و فرانگرانی و افزایش تحمل پریشانی توصیه می‌گردد.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها، جمع‌آوری پیشینه نظری و پژوهشی و کمک در اجرای پژوهش به عهده شیرین شیرالی و امور مربوط به مداخله، تحلیل آماری و نگارش مقاله بر عهده زهرا دشت‌بزرگی بود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در رشته روانشناسی شخصیت استخراج گردیده که با هزینه شخصی اجرا شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از مسئولان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز و بیمارستان مهر اهواز به دلیل مساعدت در اجرای پژوهش و از زنان سالمند شرکت‌کننده در پژوهش به دلیل مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Mehri Nejad SA, Ramezan Saatchi L, Paydar S. Death anxiety and its relationship with social support and adherence to religion in the elderly. Iranian journal of Ageing 2017;11(4):494-503. [Persian]

2. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *Journal of Clinical Neuroscience* 2018;47:1-5.
3. Chuang SP, Wu JYW, Wang CS, Liu CH, Pan LH. Self concepts, health locus of control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry* 2016;70:82-9.
4. Gasiorowska A, Zaleskiewicz T, Kesebir P. Money as an existential anxiety buffer: Exposure to money prevents mortality reminders from leading to increased death thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology* 2018;79:394-409.
5. Farias M, Newheiser A-K, Kahane G, de Toledo Z. Scientific faith: Belief in science increases in the face of stress and existential anxiety. *Journal of experimental social psychology* 2013;49(6):1210-3.
6. Temple M, Gall TL. Working through existential anxiety toward authenticity: A spiritual journey of meaning making. *Journal of Humanistic Psychology* 2018;58(2):168-93.
7. Bonfils KA, Minor KS, Leonhardt BL, Lysaker PH. Metacognitive self-reflectivity moderates the relationship between distress tolerance and empathy in schizophrenia. *Psychiatry research* 2018;265:1-6.
8. Reitzel LR, Smith NG, Obasi EM, Forney M, Leventhal AM. Perceived distress tolerance accounts for the covariance between discrimination experiences and anxiety symptoms among sexual minority adults. *Journal of anxiety disorders* 2017;48:22-7.
9. Veilleux JC. The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review* 2019;71:78-89.
10. Fisak B, Mentuccia M, Przeworski A. Meta-worry in adolescents: Examination of the psychometric properties of the meta-worry questionnaire in an adolescent sample. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2014;42(4):491-6.
11. Xie Y, Kong Y, Yang J, Chen F. Perfectionism, worry, rumination, and distress: A meta-analysis of the evidence for the perfectionism cognition theory. *Personality and Individual Differences* 2019;139:301-12.
12. Esbjørn BH, Lønfeldt NN, Nielsen S, Reinholdt-Dunne ML, Sømshovd MJ, Cartwright-Hatton S. Meta-worry, worry, and anxiety in children and adolescents: Relationships and interactions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2015;44(1):145-56.
13. Eilenberg T, Hoffmann D, Jensen JS, Frostholm L. Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour research and therapy* 2017;92:24-31.
14. Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2019;19(2):107-14.
15. Abrahamsson M, Millgård M, Havstam C, Tuomi L. Effects of voice therapy: A comparison between individual and group therapy. *Journal of Voice*. 2018;32(4):437-42.
16. Smallwood RF, Potter JS, Robin DA. Neurophysiological mechanisms in acceptance and commitment therapy in opioid-addicted patients with chronic pain. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2016;250:12-4.
17. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy* 2018;104:14-33.
18. Barney JL, Lillis J, Haynos AF, Forman E, Juarascio AS. Assessing the valuing process in Acceptance and Commitment Therapy: Experts' review of the current status and recommendations for future measure development. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2019;12:225-33.
19. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D, Shand F. Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and adolescent psychiatry and mental health* 2017;11(1):27.
20. Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety and Mental Health in Women With HIV in Abadan City, Iran. *IJPCP* 2019;25(1):2-13. [Persian]
21. Safari Mousavi SS, Ghazanfari F, Mirderikvandi F. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety in Women With Multiple Sclerosis in Khorramabad. *JCNM* 2019;7(4):234-41. [Persian]
22. Brown RA, Palm Reed KM, Bloom EL, Minami H, Strong DR, Lejuez CW, et al. A randomized controlled trial of distress tolerance treatment for smoking cessation. *Psychology of Addictive Behaviors* 2018;32(4):389-400.
23. Boostani M, Ezadikhah Z, Sadeghi M. Effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on the difficulty emotional regulation and distress tolerance patients with essential hypertension. *IJEPR* 2017;3(3):205-11.
24. Amirian K, Mami S, Ahmadi V, Mohamadzadeh J. Effectiveness of Group Psychotherapy Based on

- Acceptance and Commitment Therapy on Difficultes Emotion Regulation and Distress Tolerance in Substance Abusers. *J Educ Community Health* 2018;5(2):53-61. [Persian]
25. Ainsworth B, Bolderston H, Garner M. Testing the differential effects of acceptance and attention-based psychological interventions on intrusive thoughts and worry. *Behaviour research and therapy* 2017;91:72-7.
 26. Mansouri A, Korozhde N. The effectiveness of the acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty, worry and insomnia in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of research in Behavioural sciences* 2017; 15(3):347-53. [Persian]
 27. Mohagheghi H, Dousti P, Jafari D. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in students. *Clinical psychology studies* 2016; 6(23):81-94. [Persian]
 28. Akhteh M, Alipor A, Sharifi SHS. Effectiveness of stress management training in reducing anxiety and meta-worry of women who had abortion several times. *Health Psychology* 2014; 3(11):120-9. [Persian]
 29. Forman EM, Herbert JD. *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy.* 1nd ed. New Jersey: John Wiley & Sons Inc;2009:77-101.
 30. Abbasi M, Khazan K, Pirani Z, Ghasemi JR. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on cognitive-emotional functions of veterans. *Tebe - E-Janbaz* 2016;8(4):203-8. [Persian]
 31. Marashi S, Naami A, Beshlideh K, Zargar Y, GHOBARI BB. The impact of spiritual intelligence training on psychological well-being, existential anxiety, and spiritual quotient among the students of ahvaz faculty of petroleum. *Journal of education and Psychology* 2012;4(1):63-80. [Persian].
 32. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion* 2005;29(2):83-102.
 33. Faghih S, Kazemi H. The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Distress Tolerance in Infertile Couples in Isfahan. *Community Health Journal* 2018;12(1):22-9. [Persian]
 34. Fata L, Moutabi F, Moloudi R, Ziyee K. Psychometric properties of Persian version of thought control questionnaire and anxious thought inventory in Iranian students. *Journal of psychological models and methods* 2010;1(1):81-103. [Persian]
 35. Butler L, Johns LC, Byrne M, Joseph C, O'Donoghue E, Jolley S, et al. Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2016;5(1):33-8.

Effect of Acceptance and Commitment-based Group Therapy on Existential Anxiety, Distress Tolerance, and Meta-worry in Elderly Women with Cardiovascular Disease in Mehr Hospital of Ahvaz City in 2018

Shirali Sh¹, DashtBozorgi Z²

1- MSc Student, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author).

Email: zahradb2000@yahoo.com, Tel: 09163059829

Received: 4 August 2019 Accepted: 25 December 2019

Introduction: Elderly women with cardiovascular disease have major problems in psychological health. One of the intervention methods for reducing psychological issues is acceptance and commitment therapy. As a result, the present research aimed to determine the effect of acceptance and commitment-based group therapy on existential anxiety, distress tolerance, and meta-worry in elderly women with cardiovascular disease.

Materials and Methods: This study was a semi-experimental pre-test/post-test design with a control group. From the elderly women with cardiovascular disease referred to Mehr hospital of Ahvaz city in 2018, 40 people were selected by the available method and then randomly divided into two groups. The experimental group was trained 10 sessions of 60 minutes with group therapy based on acceptance and commitment method. Data were collected by questionnaires of existential anxiety, distress tolerance, and meta-worry; then, they were analyzed by t-tests and multivariate analysis of covariance.

Results: In the pre-test, there was no significant difference in existential anxiety, distress tolerance, and meta-worry ($p > 0/05$); however, in the post-test, there was a significant difference in the three variables ($p < 0/001$). In other words, the group therapy based on acceptance and commitment method led to decrease existential anxiety plus meta-worry and increase distress tolerance in elderly women with cardiovascular disease ($p < 0/001$).

Conclusion: The results indicated that acceptance and commitment-based group therapy decreased existential anxiety plus meta-worry and increased distress tolerance. Therefore, clinical psychologists and therapists perhaps can use this treatment along with other therapeutic methods for intervention in existential anxiety, distress tolerance, and meta-worry.

Keywords: Acceptance and commitment, Existential anxiety, Distress tolerance, Meta-worry, Cardiovascular disease

Please cite this article as follows:

Shirali Sh, DashtBozorgi Z. Effect of Acceptance and Commitment-based Group Therapy on Existential Anxiety, Distress Tolerance, and Meta-worry in Elderly Women with Cardiovascular Disease in Mehr Hospital of Ahvaz City in 2018. *Community Health journal* 2020; 13(4): 1-11.

Funding: Self-funding.

Conflict of interest: There is no conflict of interest regarding the publication of this article.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Islamic Azad University of Ahvaz Branch (with reference number IR.IAUAhvaz.REC.197.128).