

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به آریتمی قلبی

نگار اکبری زرگر^۱، دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت* سید عباس حقایق^۲، دکترای روان‌شناسیسعید جهانیان^۳، دکترای روان‌شناسی سلامتشیدا جبل عاملی^۴، دکترای روان‌شناسی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان-شناختی افراد مبتلا به آریتمی قلبی در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. زمینه. پژوهش درباره بیماری قلبی مدتی است که متوجه عوامل روان‌شناختی شده است، زیرا فرد مبتلا به آریتمی قلبی ممکن است دچار تزلزل در بهزیستی روانی گردد. روش کار. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مبتلا به آریتمی قلبی در بیمارستان مرکز قلب تهران تشکیل دادند که از بین آنها، ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمون (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار سنجش بهزیستی روانی (ریف، ۱۹۹۵) در دو مرحله آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. یافته‌ها. بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین نمره بهزیستی روانی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان هیجان-مدار شناختی در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافت و هر دوی این مداخلات باعث افزایش نمره مولفه‌های بهزیستی روان-شناختی در افراد مبتلا به آریتمی قلبی شدند. نتیجه‌گیری: گروهی که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند در مولفه پذیرش خود از سازه بهزیستی روانی، نمره بالاتری را نسبت به گروه دریافت‌کننده مداخله درمان هیجان‌مدار شناختی کسب کردند.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی، هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد، آریتمی قلبی

۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: abbas_haghighayegh@yahoo.com

۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۴ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

مقدمه

بیماری به عنوان حقیقتی انکارناپذیر از دیرباز مورد توجه انسان ها بوده است. با توجه به تاثیر این پدیده بر سرنوشت افراد، بدیهی است جهت کاهش اثرات منفی بر فرد بیمار و بازگرداندن وی به زندگی عادی روزانه نیاز به تحقیقات گوناگون است (دو و همکاران، ۲۰۱۷). پیشرفت های نوین پزشکی رفتاری توجه مختصان روان شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در آریتمی قلبی معطوف ساخته است و پژوهش درباره آن مدتی است که معطوف به عوامل روان شناختی شده است (سای و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری های قلبی از شایع ترین انواع بیماری ها هستند که آمار بسیار بالایی از موارد مرگ را به خود اختصاص می دهند، به طوری که طبق برآوردهای سال ۲۰۱۶، در حدود ۱۷/۹ میلیون فرد در اثر بیماری های قلبی عروقی فوت کردند. آریتمی ها ضربان های غیرطبیعی هستند که موجب می شوند قلب خیلی سریع یا خیلی آهسته بتپد و پمپاژ غیر موثر داشته باشد (جینوچی و همکاران، ۲۰۲۰). فردی که دچار این اختلال شده است ممکن است دچار تغییرات کامل در روابط خانوادگی، کار، ارزش ها، توانایی جسمی و اجتماعی، و همچنین توانایی مراقبت از خود شود و بهزیستی روانی وی دچا تزلزل گردد (تانگ، تانگ و گراس، ۲۰۱۹).

داشتن زندگی مطلوب همواره آرزوی بشر بوده است. کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیّت قرار می گیرد و منظور از آن سال هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (کروک و زارزیکا، ۲۰۲۰). بهزیستی روانی به عنوان یکی از مولفه های کیفیت زندگی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی شان اشاره دارد و دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی روانی، یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی بهزیستی روانی، یعنی داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (لیندن و همکاران، ۲۰۱۸). کاروالهو، دی سوزا و هیدالگو (۲۰۱۸) نشان دادند که افراد مبتلا به بیماری قلبی با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت و افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. در پژوهش گرومیسچ، فیزدون و کورتز (۲۰۱۸) مشخص شد که عوامل روان-شناختی بر کارکرد جسمی تاثیر می گذارند و کسانی که بهزیستی روان شناختی بالاتری دارند، از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردار هستند. بنابراین، یکی از درمان هایی که می تواند بر بهزیستی روانی این بیماران تاثیرگذار باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نظریه فلسفی "عمل گرایی" ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی خوانده می شود (هاگز و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شش فرآیند محوری شامل پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه، منجر به انعطاف پذیری روان-شناختی می شود (سیمیستر و همکاران، ۲۰۱۸). تاثیر راهبردهای پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و بهزیستی روان-شناختی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن بررسی گردیده است که نشان داده اند گروه تحت درمان با این رویکرد نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتر و بهزیستی روان شناختی بیشتر برخوردار شده اند (توهیگ و لوین، ۲۰۱۷).

شناخت درمانی هیجان مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، تاثیر بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد (غزنوی خضرآبادی و نیکنام، ۱۳۹۸). شناخت درمانی هیجان مدار نقش مهمی در بهبود مشکلات افرادی که بای پس عروق کرونر انجام داده اند دارد (نکونام، اعتمادی، و پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۷). نتایج مطالعه نکونام و اعتمادی (۱۳۹۶) نشان داد درمان هیجان مدار منجر به بهبود افسردگی، اضطراب و استرس و بهزیستی روان شناختی و رضایت زناشویی افراد با بیماری قلبی می شود. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا روش های مداخله ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بر بهزیستی روانی افراد مبتلا به آریتمی قلبی موثر هستند؟ و آیا بین اثربخشی دو روش مذکور بر روی این افراد تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، افراد مبتلا به آریتمی قلبی در بیمارستان مرکز قلب تهران بودند که در بازه زمانی اردیبهشت تا شهریور سال ۱۳۹۹ با تشخیص آریتمی قلبی مورد درمان قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص آریتمی قلبی توسط پزشک، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، و عدم دریافت درمان های روان شناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات گروه درمانی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسه مداخله و عدم شرکت در مراحل پس آزمون و پیگیری بود. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمون (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند.

گروه‌های آزمون، مداخله را به صورت گروهی دریافت کردند؛ مداخله فنون و روش‌های پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و شناخت درمانی هیجان‌مدار (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت گام به گام از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط پژوهشگر ارائه شد. علاوه بر ۶۰ بیمار، شش بیمار دیگر، چهار بیمار در گروه‌های آزمون، و دو بیمار در گروه کنترل (در مجموع، ۶۶ بیمار) وارد مطالعه شدند. چهار نفر از آزمودنی‌های گروه‌های آزمون و کنترل به دلیل غیبت بیش از دو جلسه مداخله (در گروه پذیرش و تعهد ۲ نفر، در گروه شناخت درمانی هیجان‌مدار ۱ نفر، در گروه کنترل ۱ نفر) از مطالعه خارج شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار سنجش بهزیستی روانی استفاده شد که فرم کوتاه آن (RSPWB) توسط ریف (۱۹۹۵) بر اساس فرم اصلی ۱۲۰ سؤالی با شش زیرمقیاس خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، رابطه مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و خودپذیرندگی طراحی شد. مجموع نمرات این شش عامل به عنوان نمره کل بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. گویه‌های این پرسشنامه در یک پیوستار شش درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. در پژوهش‌های بعدی، فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی این مقیاس ارایه گردید. در این پژوهش، فرم کوتاه ۱۸ سؤالی مورد استفاده قرار گرفت. ریف و کیز گزارش کردند همبستگی زیرمقیاس‌های فرم ۱۸ سؤالی با فرم ۱۲۰ سؤالی بین ۷۰ تا ۸۹ درصد است (ایرانیان پهرآباد و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش بیانی، کوچکی و بیانی (۲۰۰۸)، نشان‌دهنده روایی و اعتبار قابل قبول نسخه ۸۴ سؤالی فارسی است؛ در پژوهش آنها پایایی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۲ درصد و آلفای زیرمقیاس‌های آن از ۰.۷۰ تا ۰.۷۸ درصد بود. همبستگی مثبت این پرسشنامه با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادی آکسفورد و پرسشنامه حرمت خود روزنبرگ حاکی از روایی همگرایی آن است. در بررسی دیگری، ضرایب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌های این فرم به ترتیب ۰.۶۰، ۰.۷۷، ۰.۷۳، ۰.۷۴، ۰.۷۵ و ۰.۷۸ درصد به دست آمد (به نقل از ایرانیان پهرآباد و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، سفیدی و فرزاد (۲۰۱۲) در رواسازی فرم ۱۸ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همسانی درونی برای کل آزمون و زیرمقیاس‌ها را بین ۰.۶۵/۸ تا ۰.۷۵ درصد گزارش کردند.

جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۱) به صورت هفتگی برگزار گردید. زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه، و در مجموع ۱۰ جلسه بود. در مداخله شناخت درمانی هیجان‌مدار، اعضای گروه آزمون در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه، تحت آموزش درمان شناختی هیجان‌مدار که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد شناخت درمانی هیجان‌مدار پاور (۲۰۱۰) تدوین شد قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات بهزیستی روان‌شناختی، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمان هیجان‌مدار شناختی، و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۱ ارائه شده است. میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه شناخت درمانی هیجان‌مدار در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون افزایش نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در این جدول، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش نمره مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به آریتمی قلبی شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی تاثیر داشت. با توجه به اینکه افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از ماندگاری اثر مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار) بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی است. افزایش میانگین نمره بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه مداخله، تفاوت آماری معنی‌دار نداشت.

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی، مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود معنادار است؛ در نتیجه، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معنی‌دار وجود دارد. آزمون تعقیبی بون‌فرونی نشان داد در مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین،

بین نمره مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری در مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. با توجه به جدول شماره ۲ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه، مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه مداخله و گروه کنترل برای مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش تفاوت معنی‌دار وجود دارد؛ در نتیجه، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود، در سه گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی و ابعاد آن به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش‌آزمون (میانگین (انحراف معیار))	پس‌آزمون (میانگین (انحراف معیار))	پیگیری (میانگین (انحراف معیار))
استقلال	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۰۵ (۲/۲۴)	۱۲/۹۰ (۲/۳۶)	۱۲/۳۵ (۲/۴۸)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۹/۴۰ (۳/۰۵)	۱۱/۹۵ (۱/۹۰)	۱۱/۵۵ (۲/۵۲)
	کنترل	۸/۹۰ (۲/۹۰)	۸/۸۰ (۴/۱۸)	۹/۶۵ (۲/۲۶)
تسلط بر محیط	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۴۵ (۲/۶۸)	۹/۳۵ (۲/۴۶)	۹/۵۹ (۲/۰۹)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۸/۸۰ (۲/۴۰)	۹/۰۰ (۱/۹۲)	۹/۳۰ (۱/۹۸)
	کنترل	۸/۶۰ (۲/۲۸)	۸/۳۰ (۲/۴۷)	۸/۳۰ (۲/۴۷)
رشد شخصی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۵۰ (۲/۶۵)	۱۲/۶۰ (۲/۰۹)	۱۲/۱۰ (۱/۶۵)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۶/۹۰ (۱/۵۲)	۱۱/۱۰ (۱/۹۴)	۱۱/۵۰ (۱/۷۰)
	کنترل	۷/۱۵ (۱/۳۹)	۶/۱۰ (۲/۲۹)	۶/۹۰ (۲/۴۷)
ارتباط مثبت با دیگران	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۴۰ (۲/۵۰)	۱۲/۷۰ (۱/۸۱)	۱۲/۹۰ (۱/۴۸)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۹/۱۰ (۱/۴۵)	۱۲/۰۵ (۱/۷۰)	۱۲/۷۰ (۱/۶۹)
	کنترل	۹/۴۰ (۱/۸۲)	۸/۷۵ (۲/۷۱)	۹/۶۵ (۳/۲۵)
هدفمندی در زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۵۰ (۲/۴۴)	۱۱/۷۵ (۱/۸۳)	۱۱/۶۰ (۲/۰۱)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۱۰/۲۵ (۱/۹۴)	۱۱/۹۵ (۱/۸۲)	۱۱/۶۰ (۲/۴۸)
	کنترل	۹/۴۰ (۲/۱۶)	۸/۷۰ (۲/۹۰)	۸/۰۵ (۲/۹۵)
پذیرش خود	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۹/۶۵ (۲/۳۹)	۱۱/۵۰ (۲/۱۴)	۱۱/۴۰ (۲/۵۶)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۷/۹۰ (۲/۴۰)	۹/۸۰ (۱/۹۱)	۱۰/۶۵ (۲/۶۶)
	کنترل	۹/۰۰ (۲/۲۵)	۸/۲۵ (۳/۵۸)	۸/۵۰ (۳/۰۲)
بهزیستی روان‌شناختی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۴/۵۵ (۹/۶۷)	۷۰/۸۰ (۶/۶۱)	۷۰/۳۰ (۶/۸۱)
	شناخت‌درمانی هیجان‌مدار	۵۲/۳۵ (۶/۳۴)	۶۵/۸۵ (۶/۰۱)	۶۷/۳۰ (۶/۰۲)
	کنترل	۵۲/۴۵ (۶/۷۵)	۴۸/۹۰ (۹/۲۸)	۵۲/۱۰ (۹/۲۰)

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل بر مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تاثیر داشته‌اند (جدول شماره ۳). با توجه به اینکه افزایش نمره در مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند

افزایش مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته و به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از ماندگاری تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت-درمانی هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. میزان افزایش نمره بهزیستی روان‌شناختی در مؤلفه پذیرش خود، در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از گروه شناخت‌درمانی هیجان‌مدار بود.

جدول شماره ۲: آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی با معیار گرین هاوس گیزر

شاخص آماری							متغیر
ضریب ای‌تا	Sig	F	MS	df	SS	عوامل	
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۳۷/۸۳	۱۶۷/۷۵	۱/۳۹	۲۳۳/۶۴	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	استقلال
۰/۲۷	۰/۰۰۱	۱۰/۷۱	۴۷/۵۰	۲/۷۹	۱۳۲/۳۲	تعامل آزمون* گروه	
۰/۱۱	۰/۰۳	۳/۶۰	۷۳/۷۴	۲/۰۰	۱۴۷/۴۸	بین گروهی	
۰/۰۶	۰/۰۷	۳/۳۴	۸/۸۶	۱/۰۹	۹/۶۴	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	تسلط بر محیط
۰/۰۹	۰/۰۶	۲/۹۲	۷/۷۶	۲/۱۸	۱۶/۸۹	تعامل آزمون* گروه	
۰/۰۳	۰/۴۲	۰/۸۹	۱۱/۷۱	۲/۰۰	۲۳/۴۱	بین گروهی	
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۴۵/۴۴	۱۹۰/۵۵	۱/۳۶	۲۵۸/۳۴	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	رشد شخصی
۰/۴۰	۰/۰۰۱	۱۸/۷۸	۷۸/۷۶	۲/۷۱	۲۱۳/۵۶	تعامل آزمون* گروه	
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۴۶/۹۳	۳۰۱/۵۷	۲/۰۰	۶۰۳/۱۴	بین گروهی	
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۳۶/۵۶	۱۰۲/۵۴	۱/۴۰	۱۴۳/۴۳	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	ارتباط مثبت
۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۱/۴۳	۳۲/۰۴	۲/۸۰	۸۹/۶۳	تعامل آزمون* گروه	
۰/۳۰	۰/۰۰۱	۱۲/۴۶	۱۲۰/۵۲	۲/۰۰	۲۴۱/۰۳	بین گروهی	
۰/۱۳	۰/۰۰۱	۸/۶۷	۲۷/۵۷	۱/۶۵	۴۵/۵۴	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	هدفمندی در زندگی
۰/۱۶	۰/۰۰۱	۵/۲۳	۱۶/۶۳	۳/۳۰	۵۴/۹۲	تعامل آزمون* گروه	
۰/۲۲	۰/۰۰۱	۷/۸۰	۸۴/۸۷	۲/۰۰	۱۶۹/۷۴	بین گروهی	
۰/۱۶	۰/۰۰۱	۱۱/۰۹	۴۳/۸۷	۱/۳۲	۵۷/۷۸	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	پذیرش خود
۰/۱۹	۰/۰۰۱	۶/۷۸	۲۶/۸۳	۲/۶۳	۷۰/۶۶	تعامل آزمون* گروه	
۰/۱۶	۰/۰۱	۵/۲۷	۷۸/۴۹	۲/۰۰	۱۵۶/۹۸	بین گروهی	

بحث

یکی از عناصر مشترک در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان، انجام تکالیف خانگی و ارائه نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی درمان است. مورد دیگر در اثربخشی هر دو درمان تاکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از نظریه‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است و در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت ناهنجار خارج و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود و این امر باعث بهبودی می‌گردد. همچنین، در هر دو درمان، اجتناب فرد (هر چند به دو شیوه متفاوت) کاهش می‌یابد؛ افزایش اجتناب نقش مهمی در شروع و تداوم اختلالات روان‌شناختی دارد.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
استقلال پس‌آزمون	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۱۳	۰/۸۳	۰/۹۸۶
	پذیرش و تعهد- کنترل	۱/۹۸	۰/۸۳	۰/۰۳۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۱/۸۵	۰/۸۳	۰/۰۳۷
رشد شخصی پس‌آزمون	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۱/۲۳	۰/۴۶	۰/۱۲۷
	پذیرش و تعهد- کنترل	۴/۳۵	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۳/۱۲	۰/۴۶	۰/۰۰۱
ارتباط مثبت پس‌آزمون	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۷۲	۰/۵۷	۰/۴۲۲
	پذیرش و تعهد- کنترل	۲/۷۳	۰/۵۷	۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۲/۰۲	۰/۵۷	۰/۰۰۲
هدفمندی پس‌آزمون	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۳۲	۰/۶۰	۰/۸۵۹
	پذیرش و تعهد- کنترل	۱/۸۸	۰/۶۰	۰/۰۰۸
	هیجان‌مدار- کنترل	۲/۲۰	۰/۶۰	۰/۰۰۲
پذیرش خود پس‌آزمون	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۱/۸۰	۰/۷۰	۰/۰۱۲
	پذیرش و تعهد- کنترل	۲/۲۷	۰/۷۰	۰/۰۰۶
	هیجان‌مدار- کنترل	۱/۸۷	۰/۷۰	۰/۰۱۴
استقلال پیگیری	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۰۱	۰/۷۹	۰/۹۸۹
	پذیرش و تعهد- کنترل	۱/۸۶	۰/۷۹	۰/۳۴
	هیجان‌مدار- کنترل	۱/۷۳	۰/۷۹	۰/۰۴
رشد شخصی پیگیری	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۱/۱۱	۰/۴۳	۰/۱۳
	پذیرش و تعهد- کنترل	۴/۲۳	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۳/۰۰	۰/۴۳	۰/۰۰۱
ارتباط مثبت پیگیری	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۶۰	۰/۵۲	۰/۴۲۵
	پذیرش و تعهد- کنترل	۲/۶۱	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۱/۹	۰/۵۲	۰/۰۰۵
هدفمندی پیگیری	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۰/۳۰	۰/۵۸	۰/۸۶۲
	پذیرش و تعهد- کنترل	۱/۷۶	۰/۵۸	۰/۰۱۱
	هیجان‌مدار- کنترل	۲/۰۸	۰/۵۸	۰/۰۰۳
پذیرش خود پیگیری	پذیرش و تعهد- هیجان‌مدار	۱/۶۸	۰/۶۶	۰/۰۱۵
	پذیرش و تعهد- کنترل	۲/۱۵	۰/۶۶	۰/۰۰۹
	هیجان‌مدار- کنترل	۱/۷۵	۰/۶۶	۰/۰۱۷

از عوامل اختصاصی که در شناخت درمانی هیجان مدار می توان بیان نمود برطرف کردن چرخه های منفی هیجانی و سازمان دهی اطلاعات مورد نیاز برای برقراری پیوندهای عاطفی و هیجانی جدید در افراد با آریتمی قلبی است. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد موثر شناخت را مختل می کند و این اختلال در شناخت، دوباره آشفتگی هیجانی را تشدید می نماید. از طرف دیگر، از سازوکارهای شناخت درمانی هیجان مدار، تشخیص خطاهای شناختی و چالش با آنها و آزمایش رفتاری محتوای افکار درباره خود و اجتماع و هیجانات منفی در این خصوص است که موجب اثربخشی این درمان می گردد. افرادی که در این پژوهش شناخت درمانی هیجان مدار را دریافت کردند، ممکن است یاد گرفته باشند که چگونه حس اطمینان را جایگزین احساس تردید کنند و در یک بازسازی مجدد افکار منفی، تحریفات شناختی خود را شناسایی و آنها را با افکار منطقی به طور مناسب تری جایگزین و سازماندهی کنند. با توجه به یافته های این پژوهش، می توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته هایی قرار دارد که نشان دادند بازداري هیجانی به عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان منجر به مشکلاتی در زندگی می شود و بازآرزیابی شناختی هیجان ها به عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود تنظیم شناختی هیجان را به دنبال دارد.

آموزش نظم بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان ها است. باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم بخشی شناختی هیجان به آموزش مهارت های حل مساله، مهارت مهارت خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی های آسیب زای شناختی و آموزش دوباره راهبردهای ارزیابی اختصاص دارد. از این رو می توان گفت که بهره گیری از راهبردهای نظم بخشی هیجان از طریق فنون یاد شده باعث می شود که این افراد بتوانند در شرایط پر فشار و پرتنش حاصل از مشکلات روانی، عملکردی سازگارانه و انعطاف پذیرتر داشته باشند. بعضی از پژوهشگران معتقدند که هیجان های مثبت، منابع روان شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می کنند در مقابل فشار روانی از روش های مقابله ای موثر استفاده کند.

در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی افراد مبتلا به آریتمی قلبی می توان گفت با توجه به اینکه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می شود، زمینه برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجربیاتشان در زمان حال فراهم می شود تا افراد به شیوه ای منطبق با ارزش هایشان عمل کنند. همچنین، ارتباط با تجارب زمان حال به افراد کمک می کند که تجربیات را همان گونه که در زمان حال در جریان است تجربه کنند و خود را غرق نگرانی های آینده نکنند؛ در نتیجه این سبک نگرش به افراد کمک می کند که با شرایط مزمن و بیماری خود به شیوه کارآمدی کنار بیایند (توهینگ و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه بیماری های مزمن همراه با اضطراب و دیگر نشانگان روان شناختی است، این بیماران به نوعی درگیر مشکلات روان شناختی و نگرانی های مربوط آینده بیماری هستند و کمتر از مهارت های مقابله ای سازگارانه برخوردار هستند، بنابراین، این درمان به آنها کمک می کند در زمانی که تغییر امکان پذیر نیست با پذیرش شرایط مزمن بتوانند به شیوه موثری با بیماری مقابله کنند، که به نوبه خود نقش موثری در افزایش بهزیستی روانی آنها دارد. مبنای اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که بخش بزرگی از مشکلات روان شناختی ناشی از اجتناب تجربی است، یعنی گرایش شخص به اینکه از تجارب ناخواسته مثل افکار، امیال و هیجان های خود دوری کند یا سعی کند آنها را کنترل کند، در نتیجه در این درمان، اجتناب تجربی مورد هدف درمانگر قرار می گیرد تا میزان انعطاف پذیری روان شناختی فرد افزایش یابد.

نتایج نشان داد که هر دو مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار شناختی) در مقایسه با گروه کنترل بر مؤلفه های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تاثیر داشته اند. همچنین، با توجه به اینکه افزایش نمره در مولفه های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود، در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون نیز معنی دار بوده است، روند افزایش نمره مولفه های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ادامه داشته است و به طور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری تاثیر مداخلات بر مؤلفه های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود دارد.

بر اساس نتایج میزان افزایش نمره مولفه پذیرش خود در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از گروه درمان هیجان مدار شناختی بوده است. یافته های مربوط به متغیر بهزیستی روان شناختی با نتایج پژوهش فال و همکاران (۲۰۱۹) منطبق است. در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمره مولفه های بهزیستی روانی، بر مبنای پژوهش مقدم و همکاران (۱۳۹۸) می توان به فرآیندها و راهبردهای مورد استفاده در درمان پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش ها و اعمال متعهدانه اشاره کرد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت، تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش ها با

وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و بهزیستی روان‌شناختی، این گروه از بیماران از گرفتار شدن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند رهایی یابند. فرآیند موثر دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در این مولفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌شود تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند که باعث می‌شود آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند. علاوه بر آن، فرآیندهای ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این شیوه درمانی موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کند و آنها را به عنوان یک رویداد، و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد؛ ذهن‌آگاهی نقش موثری در ارتقای سلامت و بهزیستی روانی افراد مبتلا به بیماری قلبی دارد.

فرآیند اصلی دیگر در این شیوه درمانی، پذیرش است که فرآیند تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای و استعاره‌ها است تا به مددجو کمک کند اهدافی را که به طور هدفمند و معنادار در زندگی انتخاب می‌کنند به طور کلامی بیان کنند (ارزش‌ها)، و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (عمل متعهدانه). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن فراهم نمودن بستری برای پذیرش هیجان‌ها، با به کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های درمانی، به آموزش بیماران برای رهایی از مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای شاهد بودن و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن، تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند که این عوامل می‌توانند باعث ارتقای مولفه‌های بهزیستی روانی، به خصوص مولفه پذیرش گردند. می‌توان گفت چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتند کمک می‌کند، بنابراین، آموزش آن به افراد دچار آریتمی قلبی باعث می‌شود که احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و کاهش حساسیت بیش از حد به مسائل مربوط به بیماری می‌شود، و در نتیجه سازگاری بهبود می‌یابد. در جلسات دوم و سوم جداسازی شناختی نیز آموزش داده می‌شود. جداسازی شناختی باعث می‌شود که افراد مبتلا به آریتمی قلبی مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات و بیماری خود حرف بزنند، و این به فرد کمک می‌کند تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در جلسات ششم و هفتم که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، افراد مبتلا به آریتمی قلبی نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد بیماری و مشکلات مربوط به این بیماری داشته باشند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به آریتمی قلبی انجام شد. نتایج نشان داد که روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار در مقایسه با گروه کنترل بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی تاثیر داشته‌اند. همچنین، با توجه به اینکه افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند افزایش نمرات بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری تاثیر مداخلات بر نمرات بهزیستی روان‌شناختی است. همچنین، تفاوت میزان افزایش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه شناخت‌درمانی هیجان‌مدار در متغیر بهزیستی روان‌شناختی معنادار نبود. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو درمان فوق در خصوص تغییر در بهزیستی روانی افراد مبتلا به آریتمی قلبی تفاوت وجود ندارد که احتمالاً ناشی از وجود عناصر مشترک در این دو مداخله است.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول و دارای کد کمیته اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.078) از دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد نجف آباد است. این پژوهش در بیمارستان تخصصی مرکز قلب تهران و اجرای آن در بخش قلبی عروقی آن مرکز اجرا شد. بدین‌وسیله از مسئولان محترم تشکر و قدردانی می‌شود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف

مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند.

منابع فارسی

- امین نسب، ویان. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر تنظیم هیجانی و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان تهران.
- ایرانیان پهرآباد، سمانه؛ مشهدی، علی؛ طیبی، زهرا و مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر سبک دلبستگی بر بهزیستی روان شناختی نمونه‌ی غیر بالینی دانشجویان دارای سبک دلبستگی ناایمن دل مشغول. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۸ (۲)، ۱۱۵-۱۰۲.
- آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا و فرهمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، ۴ (۱)، ۳۱-۲۳.
- غزنوی خضرآبادی، فاطمه؛ و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر سبک دلبستگی و رضایتمندی جنسی زوجین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۶ (۳)، ۲۲۵-۲۱۳.
- مقدم، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه و امانی، امید. (۱۳۹۸). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، نشریه روان پرستاری، ۶ (۵)، ۸-۱.
- نکونام، آسیه و اعتمادی، ثریا. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش خانواده درمانی هیجان مدار بر بهبود علایم روانشناختی، رضایت زناشویی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر. چهارمین کنفرانس بین المللی نوآوری های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری، تهران.
- نکونام، آسیه؛ اعتمادی، ثریا و پورنقاس تهرانی، سعید. (۱۳۹۷). اثربخشی رویکرد زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود رضایت جنسی و تنیدگی زناشویی بیماران قلبی بای پس عروق کرونر. مجله علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۷ (۶۵)، ۷۷-۶۱.

References

- Amstadter, A. B., Moscati, A., Maes, H. H., Myers, J. M., & Kendler, K. S. (2016). Personality, cognitive/psychological traits and psychiatric resilience: A multivariate twin study. *Personality and Individual Differences*, 91, 74-79.
- Cai, D., Zhu, M., Lin, M., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2017). The bidirectional relationship between positive mental health and social rhythm in college students: a three-year longitudinal study. *Frontiers in psychology*, 8, 1119.
- Carvalho, F. G., de Souza, C. M., & Hidalgo, M. P. L. (2018). Work routines moderate the association between eveningness and poor psychological well-being. *PloS one*, 13(4), e0195078.
- Du, H., Li, X., Chi, P., Zhao, J., & Zhao, G. (2017). Meaning in life, resilience, and psychological well-being among children affected by parental HIV. *AIDS care*, 29(11), 1410-1416.
- Faal, M., Vahid, T. A., Taime, Z. M., Shaban, N., & Amani, O. (2019). The Effectiveness of Accepted and Commitment Group Therapy on Psychological Flexibility and Family Communication Patterns in Women with Type 2 Diabetes.
- Gromisch, E. S., Fiszdon, J. M., & Kurtz, M. M. (2018). The effects of cognitive-focused interventions on cognition and psychological well-being in persons with multiple sclerosis: A meta-analysis. *Neuropsychological rehabilitation*.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.
- Jinnouchi, H., Kolodgie, F. D., Romero, M., Virmani, R., & Finn, A. V. (2020). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. In *Vessel Based Imaging Techniques* (pp. 211-227). Springer, Cham.
- Krok, D., & Zarzycka, B. (2020). Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Cardiac Patients: Moderated Mediation by Affect and Meaning-Making. *The Journal of Psychology*, 154(6), 411-425.
- Linden, K., Berg, M., Adolfsson, A., & Sparud-Lundin, C. (2018). Person-centred, web-based support in pregnancy and early motherhood for women with Type 1 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 35(2), 232-241.
- Simister, H. D., Tkachuk, G. A., Shay, B. L., Vincent, N., Pear, J. J., & Skrabek, R. Q. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*, 19(7), 741-753.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Gross, J. J. (2019). Promoting psychological well-being through an evidence-based mindfulness training program. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 237.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770.

Original Article

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and emotion-focused cognitive therapy on psychological well-being of people with cardiac arrhythmia**Negar Akbari Zargar¹, PhD Candidate***** Seyed Abbas Haghayegh², PhD****Saeed Jahanian³, PhD****Sheida Jabalameli⁴, PhD****Abstract**

Aim. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance-based therapy and emotion-based cognitive therapy on psychological well-being of patients with cardiac arrhythmia.

Background. The study of heart disease has long been noted by psychological factors because an individual with cardiac arrhythmias may suffer from mental well-being.

Method. This was a quasi-experimental study and to collect the data, a pre-test-post-test design with two experimental and one control group was used. The statistical population of the study consisted of all cardiac arrhythmia patients of Amirabad Heart Hospital in Tehran, out of which 60 people were selected by convenience sampling method and randomly divided into two experimental groups (20 people in each group) and one control group (20). The tools used in the present study included mental well-being (Reef, 1995), which were used in two stages of pre-test and post-test.

Findings. According to the findings, the mean score of psychological well-being in both experimental groups (acceptance-based therapy and emotion-based cognitive therapy) increased in the post-test stage compared to the pre-test, and these interventions increased the score of psychological well-being components in patients with heart arrhythmia compared to control group.

Conclusion. Clinicians can use these interventions (acceptance-based therapy and emotion-based cognitive therapy) in patients with cardiac arrhythmias to promote psychological well-being and recovery.

Keywords: psychological well-being, acceptance and commitment-based therapy, Emotion-focused cognitive therapy, cardiac arrhythmia

1 PhD Candidate of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2 Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (*Corresponding Author) email: abbas_haghayegh@yahoo.com

3 Assistant Professor, Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4 Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran