نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره دهم، شماره ۱، سال ۱۴۰۰
Cardiovascular Nursing Journal, 10(1), 2021

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 روان‌شناسی**
سعید جهانیان[۳]، دکترای روان‌شناسی سلامت
شیدا 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_haghayegh@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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مقدمه

بیماری به‌عنوان حقیقتی انکارناپذیر از دیرباز مورد توجه انسان‌ها 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 همکارن، ۲۰۱۷). پیشرفت‌های نوین پزشکی رفتاری توجه مختصصان روان‌شناسی تندرستی را به نقش کلیدی عوامل غیر زیستی در آریتمی قلبی معطوف ساخته است و پژوهش درباره آن مدتی است که معطوف به عوامل روان‌شناختی شده است (سایی و همکاران، ۲۰۱۷).

بیماری‌های قلبی از شایع‌ترین انواع بیماری‌ها هستند که آمار بسیار بالایی از موارد مرگ را به خود اختصاص می‌دهند، به طوری که طبق برآوردهای سال ۲۰۱۶، در حدود ۱۷/۹ میلیون فرد در اثر بیماری‌های قلبی‌عروقی فوت کردند. آریتمی‌ها ضربان‌های غیرطبیعی هستند که موجب می‌شوند 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، ارزش‌ها، 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 می‌گیرد و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت باشد (کروک و زارزیکا، ۲۰۲۰). بهزیستی روانی به‌عنوان یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی به چگونگی ارزیابی افراد از زندگی‌شان 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، دی‌سوزا 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 زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. در پژوهش گرومیسچ، فیزدون و کورتز (۲۰۱۸) مشخص شد که عوامل روان‌شناختی بر کارکرد جسمی تاثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند، از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردار هستند. بنابراین، یکی از درمان‌هایی که می‌تواند بر بهزیستی روانی این بیماران تاثیرگذار باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نظریه فلسفی "عمل‌گرایی" ریشه دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (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، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (سیمیستر و همکاران، ۲۰۱۸). تاثیر راهبردهای پذیرش و تعهد بر بهبود کارکرد و کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بررسی گردیده است که نشان داده‌اند گروه تحت درمان با این رویکرد نسبت به گروه کنترل از کارکردهای بالاتر و کیفیت زندگی بهتر و بهزیستی روان‌شناختی بیشتر برخوردار شده‌اند (توهیگ و لوین، ۲۰۱۷).

شناخت‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، تاثیر بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد (غزنوی خضرآبادی و نیکنام، ۱۳۹۸). شناخت‌درمانی هیجان‌مدار نقش مهمی در بهبود مشکلات افرادی که بای‌پس عروق کرونر انجام داده‌اند دارد (نکونام، اعتمادی، و پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۷). نتایج مطالعه نکونام و اعتمادی (۱۳۹۶) نشان داد درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود افسردگی، اضطراب و استرس و بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی افراد با بیماری قلبی می‌شود. سئوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا روش‌های مداخله‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار 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 روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی پیش‌آزمون-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 درمان‌های روان‌شناختی تا قبل از جلسات گروه‌درمانی یا در حین جلسات گروه‌درمانی بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسه مداخله و عدم شرکت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود. تعداد 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.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

گروه‌های آزمون، مداخله را به صورت گروهی دریافت کردند؛ مداخله فنون و روش‌های پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به‌صورت گام‌به‌گام 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 شناخت‌درمانی 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 سئوالی 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 "کاملا موافقم" تا "کاملا مخالفم" پاسخ داده می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. در پژوهش‌های بعدی، فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سئوالی این مقیاس ارایه گردید. در این پژوهش، فرم کوتاه ۱۸ سئوالی مورد استفاده قرار گرفت. ریف و کیز گزارش کردند همبستگی زیرمقیاس‌های فرم ۱۸ سئوالی با فرم ۱۲۰ سئوالی 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 سئوالی فارسی است؛ در پژوهش آنها پایایی درونی مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۸۲ درصد و آلفای زیرمقیاس‌های آن از ۷۰ تا ۷۸ درصد بود. همبستگی مثبت این پرسشنامه با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادی آکسفورد و پرسشنامه حرمت خود روزنبرگ حاکی از روایی همگرای آن است. در بررسی دیگری، ضرایب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌های این فرم به ترتیب ۶۰، ۷۷، ۷۳، ۷۴، ۷۵ و ۷۸ درصد به دست آمد (به نقل از ایرانیان پهرآباد و همکاران، ۱۳۹۴). علاوه بر این، سفیدی و فرزاد (۲۰۱۲) در رواسازی فرم ۱۸ سئوالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همسانی درونی برای کل آزمون و زیرمقیاس‌ها را بین ۶۵/۸ تا ۷۵ درصد گزارش کردند.

جلسات درمان مبتی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۱) به‌صورت هفتگی برگزار گردید. زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه، و در مجموع ۱۰ جلسه بود. در مداخله شناخت‌درمانی 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 هیجان مدار 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 شناخت‌درمانی 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 شناخت‌درمانی 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 به‌طور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از ماندگاری اثر مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی 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 محاسبه‌شده 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،

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

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

		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
متغیر	گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

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

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

بحث

یکی از عناصر مشترک در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی هیجان‌مدار، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان، انجام تکایف 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.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

از عوامل اختصاصی که در شناخت‌درمانی هیجان‌مدار می‌توان بیان نمود برطرف کردن چرخه‌های منفی هیجانی و سازمان‌دهی اطلاعات مورد نیاز برای برقراری پیوندهای عاطفی و هیجانی جدید در افراد با آریتمی قلبی است. تنظیم نبودن هیجان، کارکرد موثر شناخت را مختل می‌کند و این اختلال در شناخت، دوباره آشفتگی هیجانی را تشدید می‌نماید. از طرف دیگر، از سازوکارهای شناخت‌درمانی هیجان‌مدار، 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 می‌گردد. افرادی که در این پژوهش شناخت‌درمانی هیجان‌مدار 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 مناسب‌تری جایگزین و سازماندهی کنند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان گفت که این نتیجه در راستای آن جنبه از یافته‌هایی قرار دارد که نشان دادند بازداری هیجانی به عنوان راهبردی منفی در تنظیم هیجان منجر به مشکلاتی در زندگی می‌شود و بازارزیابی شناختی هیجان‌ها به عنوان راهبرد مثبت تنظیم هیجان، بهبود تنظیم شناختی هیجان را به دنبال دارد.

آموزش نظم‌بخشی هیجانی شامل کاهش و مهار هیجان‌های منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها است. باید اذعان داشت که بخشی از راهبردهای نظم‌بخشی شناختی هیجان به آموزش مهارت‌های حل مساله، مهارت مهار خشم، شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های آسیب‌زای شناختی و آموزش دوباره راهبردهای ارزیابی اختصاص دارد. از این رو می‌توان گفت که بهره‌گیری از راهبردهای نظم‌بخشی هیجان از طریق فنون یاد شده باعث می‌شود که این افراد بتوانند در شرایط پر فشار و پرتنش حاصل از مشکلات روانی، عملکردی سازگارانه و انعطاف‌پذیرتر داشته باشند. بعضی از پژوهشگران معتقدند که هیجان‌های مثبت، منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای موثر استفاده کند.

در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانی افراد مبتلا به آریتمی قلبی می‌توان گفت با توجه به اینکه در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود، زمینه برای تقویت توانایی افراد برای مواجهه با تجاربشان در زمان حال فراهم می‌شود تا افراد به‌شیوه‌ای منطبق با ارزش‌هایشان عمل کنند. همچنین، ارتباط با تجارب زمان حال به افراد کمک می‌کند که تجربیات را همان‌گونه که در زمان حال در جریان است تجربه کنند و خود را غرق نگرانی‌های آینده نکنند؛ در نتیجه این سبک نگرش به افراد کمک می‌کند که با شرایط مزمن و بیماری خود به‌شیوه کارآمدی کنار بیایند (توهینگ و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن همراه با اضطراب و دیگر نشانگان روان‌شناختی است، این بیماران به نوعی درگیر مشکلات روان‌شناختی و نگرانی‌های مربوط آینده بیماری هستند و کمتر از مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه برخوردار هستند، بنابراین، این درمان به آنها کمک می‌کند در زمانی که تغییر امکان‌پذیر 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 روان‌شناختی ناشی از اجتناب تجربی است، یعنی گرایش شخص به اینکه از تجارب ناخواسته مثل افکار، امیال و هیجان‌های خود دوری کند یا سعی کند آنها را کنترل کند، در نتیجه در این درمان، اجتناب تجربی مورد هدف درمانگر قرار می‌گیرد تا میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد افزایش یابد.

نتایج نشان داد که هر دو مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار شناختی) در مقایسه با گروه کنترل بر مؤلفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تاثیر داشته‌اند. همچنین، با توجه به اینکه افزایش نمره در مولفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود، در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند افزایش نمره مولفه‌های استقلال، رشد شخصی، ارتباط مثبت، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و به‌طور معنی‌داری 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 هیجان‌مدار شناختی بوده است. یافته‌های مربوط به متغیر بهزیستی روان‌شناختی با نتایج پژوهش فال و همکاران (۲۰۱۹) منطبق است. در تبیین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش نمره مولفه‌های بهزیستی روانی، بر مبنای پژوهش مقدم و همکاران (۱۳۹۸) می‌توان به فرآیندها و راهبردهای مورد استفاده در درمان پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه اشاره کرد. ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت، تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

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 به‌عنوان 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 به‌کارگیری 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 متعادلی 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 احتمالا 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 قلبی‌عروقی آن مرکز اجرا شد. بدین‌وسیله از مسئولان محترم تشکر و قدردانی می‌شود. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

مطالعه برای شرکت‌کنندگان 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 روان‌شناختی نمونه‌ی غیر بالینی دانشجویان دارای سبک دلبستگی ناایمن دل‌مشغول. 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.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]

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 Zargar[1], PhD Candidate
*** Seyed Abbas Haghayegh[2], PhD**
Saeed Jahanian[3], PhD
Sheida Jabalameli[4], 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

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-04]