

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy and Emotion Focused Cognitive Therapy on Health Anxiety of Patients with Cardiac Arrhythmia

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Negar Akbari Zargar ¹,
Seyed Abbas Haghayegh ^{2*},
Saeed Jahanian ³,
Sheida Jabalameli ⁴

How to cite this article

Negar Akbari Zargar, Seyed Abbas Haghayegh, Saeed Jahanian, Sheida Jabalameli, Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment-based Therapy and Emotion Focused Cognitive Therapy on Health Anxiety of Patients with Cardiac Arrhythmia. *Islamic Life Style*. 2021; 157-169

1. PhD student, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran (Corresponding Author)
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.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: abbas_haghayegh@yahoo.com

Article History

Received: 2020/11/05

Accepted: 2021/02/13

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance-based therapy and emotion-based cognitive therapy on health anxiety in patients with cardiac arrhythmia in Tehran in 2020.

Materials and Methods: The present research method is quasi-experimental and a pre-test-post-test design with two experimental groups and a control group has been used to collect data. The statistical population of the study consisted of all cardiac arrhythmia patients of Amirabad Heart Hospital in Tehran, from which 60 people were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental groups (20 people in each group) and one control group (20 N) were assigned. The acceptance and commitment therapy test period lasted for 10 sessions of 90 minutes and the emotion-oriented cognitive therapy experimental group received 10 sessions of 90 minutes and the control group remained on the waiting list. The tools used in the present study included health anxiety (1) which were used in two stages of pre-test and post-test. The analysis of the data obtained from the questionnaire was performed through SPSS-v23 software in two parts: descriptive (frequency, percentage frequency, mean, standard deviation and amplitude of changes) and inferential (analysis of covariance and multivariate analysis of covariance).

Findings: The results showed that both interventions used in this study could significantly reduce health anxiety in patients with cardiac arrhythmia, but the rate of reduction in the acceptance and commitment group in the health anxiety variable was greater than emotion focused cognitive therapy.

Conclusion: The results also showed that the components of health anxiety in the group based on acceptance and commitment in the variable of disease outcomes were more than the group of cognitive emotion therapy.

Keywords: Health Anxiety, Emotion-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Cardiac Arrhythmia Patients

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

شناخت درمانی هیجان مدار بر اضطراب سلامت

بیماران مبتلا به آریتمی قلبی

نگار اکبری زرگر^۱

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

سید عباس حقایق^{۲*}

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. (نویسنده مسئول).

سعید جهانیان^۳

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

شیدا جبل عاملی^۴

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بر اضطراب سلامت بیماران مبتلا به آریتمی قلبی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی است و برای جمع آوری داده ها از طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران آریتمی قلبی بیمارستان تخصصی قلب امیرآباد شهر تهران تشکیل دادند که از بین آنها، ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. دوره آزمایش درمان پذیرش و تعهد به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه آزمایش درمان شناختی هیجان مدار نیز ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل اضطراب سلامت (۱) بودند که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار SPSS-V23 در دو بخش توصیفی (فراوانی، فراوانی درصدی، میانگین، انحراف استاندارد و دامنه تغییرات) و استنباطی (تحلیل کوواریانس و تحلیل کوواریانس چندمتغیره) انجام گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد هر دو مداخله به کار رفته در این پژوهش می توانند به طور معناداری اضطراب سلامت را در بیماران مبتلا به آریتمی قلبی کاهش دهند ولی میزان کاهش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب سلامت بیشتر از گروه درمان هیجان مدار شناختی بوده است.

نتیجه گیری: همچنین نتایج نشان داد که مولفه های اضطراب سلامت نیز در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر پیامدهای بیماری بیشتر از گروه درمان هیجان مدار شناختی بوده است.

واژگان کلیدی: اضطراب سلامت، شناخت درمانی هیجان مدار، درمان پذیرش و تعهد، بیماران آریتمی قلبی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

*نویسنده مسئول: abbas_haghighayegh@yahoo.com

مقدمه

با تغییرات اجتماعی، فرهنگی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری ها تغییر کرده است و در نتیجه بیماری های مزمن، به وجود آورنده مهم ترین مشکلات سلامتی و روانشناختی در افراد محسوب می شوند (۲). لذا بیماری های مزمن منبع عمده تنیدگی، تلقی می شوند و هزینه های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می کنند. بیماری آریتمی قلبی^۱ از بیماری های جدی و شدیداً رو به رشد است و به مجموعه شرایطی گفته می شود که در آن ضربان قلب غیرمعمول، بسیار سریع یا بسیار کند است (۳). بیماری آریتمی قلبی با اپیدمی و شیوع بسیار بالا چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه همراه بوده (۴) و به عنوان یکی از اساسی ترین علل مرگ و میر^۲ در افراد به شمار می آید (۵). به سبب این شیوع بالا و مرگ و میر زیاد، این بیماری در طی دهه های اخیر بسیار مورد توجه قرار گرفته است و تاکنون مطالعات زیادی در رابطه با پاتوفیزیولوژی^۳، علل شیوع و عوامل خطرآفرین مؤثر در بروز بیماری آریتمی قلبی انجام شده است (۶). عوامل خطرآفرین کلاسیک و شناخته شده بیماری های قلبی شامل سن (۷)، نژاد، سابقه خانوادگی مثبت و جنسیت (۸)، فشار خون بالا^۴ (۹)، دیابت^۵ (۱۰)، بالا بودن سطح کلسترول خون^۶، عدم انجام فعالیت فیزیکی^۷ مناسب (۱۱)، رژیم غذایی و سبک زندگی^۸ ناسالم (۱۲) و مصرف سیگار (۱۳) هستند که همه آنها به جز سن، جنس، نژاد و سابقه فامیلی مثبت قابلیت اصلاح شدن دارند (۱۴).

بیماران مبتلا به آریتمی قلبی ممکن است نگرانی و اضطراب شدیدی نسبت به جسم و سلامتی خود داشته باشند و به نوعی دچار اضطراب سلامتی باشند (۱۵). بر اساس مطالعات تسای، لین، چانگ، چانگ و لی^۹ (۱۶)، و سریدیوک^{۱۰} (۱۷) اضطراب نیز می تواند در بروز بیماری آریتمی قلبی و بدتر شدن پیش آگاهی در بیماران مبتلا به بیماری های قلبی عروقی مؤثر باشد. اضطراب زیاد، بهبودی بیماری را به تاخیر می اندازد، و موجب مشکلاتی مانند اختلالات ریتم قلبی می شود و میزان اضطراب عامل مؤثری بر شدت و حدت این بیماری می باشد (۱۸). اضطراب سلامتی بر این مفهوم استوار است

^۱- hypercholesterolemia

^۲- physical activity

^۳- life style

^۹- Tsai, Lin, Chang, Chang & Lee

^{۱۰}- Seredyuk

^۱- Cardiac arrhythmia

^۲- mortality

^۳- pathophysiology

^۴- hypertension

^۵- diabetes

درمان مستقل فردی یا گروهی یا به صورت درمان کمکی دارودرمانی. علاوه بر این شواهد فزاینده نشان می دهد که تلفیق درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود اختلالات اضطرابی و اضطراب سلامت در بیماران می شود.

شناخت درمانی هیجان مدار توسط مایک پاور و داگلیش^۲ در سال ۲۰۰۸ مطرح شد که به بررسی رویکردهای طبقه ای و ابعادی به هیجان های اساسی در یک سیستم چند سطحی بر اساس اصولی متفاوت از قبل می پردازد. بر اساس این درمان، سطوح متفاوت می-توانند بر اساس اصول متفاوت عمل کنند. سالها پژوهش به وضوح نشان می دهد که هیجانها نقش مهمی در بسیاری از جنبه های زندگی ایفا می کند و در انطباق و سازگاری با وقایع استرسزا و تحولات زندگی تاثیرگذار است (۲۷). هیجانها واکنشهای فیزیولوژیکی هستند که در موقعیتهای مهم زندگی و چالشها جهت سازگاری انسان برای رویارویی و پاسخدهی ظاهر می شوند. اگر چه هیجانها پایه و اساس زیستی و فیزیولوژیک دارند، اما افراد می توانند بر هیجانها و راههای ابراز و تنظیم آن تاثیر بگذارند، که به آن تنظیم هیجان گفته می شود (۲۸). شناخت درمانی هیجان مدار کارهای انجام شده در زمینه رفتار، شناخت و هیجان را یکپارچه کرده تا درک جدیدی از درمان در اختیار درمانگران قرار دهد. شناخت درمانی هیجان مدار یک راهنمای ارزشمند و به موقع برای متخصصانی است که به دنبال بهبود اثربخشی بالینی خود هستند (۲۹). تنظیم هیجان، اشاره به سازه ای پیچیده و چندوجهی دارد که در آن فرآیندهای فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی نقش دارند و به فرد این امکان را می دهد واکنشهای هیجانی را نظارت، ارزیابی، تعدیل کند (۳۰). از جمله مسایل روانشناختی که بیماران مبتلا به قلبی عروقی دارند، مشکلات در تنظیم هیجان است. تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی از عوامل روانشناختی مهم در اختلالات قلبی عروقی محسوب می شود و باید به نقش آنها در این اختلالات توجه بیشتری داشت (۳۱). نتایج تحقیقات کونولی-زوبوت، تیمولاک، حسین و کولمن^۳، نشان داد که درمان هیجان مدار توانسته است میزان افسردگی و اضطراب را در این بیماران کاهش دهد و باعث افزایش تحمل پریشانی گردد (۳۲).

با توجه به این که بیماری قلبی یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین بیماریهای مزمن است که محدودیتهای زیادی در فعالیت های بیمار ایجاد می کند و به علت پایین بودن سطوح سلامت هیجانی و کاهش تنظیم هیجانی و بهزیستی روانی بیمار را به نتایج نامطلوب دیگری همچون افت کیفیت زندگی و افزایش نرخ مرگ و میر سوق می دهد. در این راستا مداخلات درمانی زیادی با هدف های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخلات روی اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری آریتمی قلبی متمرکز شده، بعضی ها، درمان اختلالات روانی مرتبط با بیماری را هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش های مدیریت اضطراب و استرس متمرکز نموده اند و بالاخره

که فرد نشانه ها و علائم جسمانی را بیشتر از آنچه واقعا هستند، خطرناک ادراک می کند و باور دارد احتمال و یا جدی بودن ابتلا به یک بیماری خاص بیشتر از آن است که واقعیت نشان می دهد (۱). اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده ای است که بصورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است شکل می گی (۱۹). در الگوهای شناختی رفتاری، اضطراب سلامت از نگرانی و ترس مداوم نسبت به سلامت که به وسیله ارزشیابی نادرست هدایت می شود، تعریف می گردد (۲۰). در این راستا تولی، کوش و پدرسون^۱ (۲۱) در پژوهشی نشان دادند که اضطراب موجب رهاسازی آدرنالین می شود و آن نیز منجر به افزایش ضربان قلب و فشار خون می شود. اضطراب می تواند به دیواره شریان ها آسیب برساند و همچنین اضطراب مزمن و بیش از حد که منجر به افزایش ضربان قلب و فشار خون می شود، می تواند به دیواره شریان ها آسیب بزند.

اخیرا نسل سوم درمان های شناختی رفتاری مانند درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان محور، بر هدف قرار دادن نیازهای بیماران مبتلا به بیماری مزمن متمرکز کرده اند. مداخلات در درمان پذیرش و تعهد برای بیماران قلبی، با هدف مدیریت پریشانی های مرتبط با بیماری که ایجاد چالش های هیجانی می کنند و همچنین برای بهبودی مهارت های تنظیم هیجانی انجام می شود (۲۲). درمان پذیرش و تعهد را می توان ترکیبی از استراتژی های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می شود، تلاش می کند. بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف پذیری روانی است (۲۳). در این درمان، شناخت ها و هیجان ها در بافت زمینه ای پدید می شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به بیمار آموزش «اینجا و اکنون» داده می شود که در گام اول هیجان های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می کنند (۲۴). پذیرش و تعهد درمانی از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری استفاده می کند (۲۵). در همین رابطه آپولیناریو-هاگن، دروگ و فرتیسج^۲ (۲۶)، پژوهشی تحت عنوان تلفیق رفتاردرمانی شناختی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد برای اختلال اضطرابی و اضطراب سلامت در بیماران انجام دادند. اختلالات اضطرابی با توجه به شیوع بالای مادام العمر آنها در میان جمعیت های بالغ در سراسر جهان، یک بار عظیم اجتماعی است. انواع اختلالات اضطرابی را می توان با درمان های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد با موفقیت درمان کرد. چه به عنوان یک

^۴ - Connolly-Zubot, Timulak, Hession & Coleman

^۱ - Tully, Cosh & Pedersen

^۲ - Apolinário-Hagen, Drüge & Fritsche

^۳ - Mike Power & Douglas

جلسه در جلسات درمانی، عدم شرکت در مراحل پس آزمون و پیگیری.

ابزارها

پرسشنامه اضطراب سلامت: این پرسشنامه به منظور سنجش اضطراب سلامت، استفاده می شود. فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۱۹۸۹ طراحی شد که بر اساس آن مدل شناختی اضطراب سلامتی و خودبیمارپنداری تدوین شده است؛ همچنین فرم کوتاه این پرسشنامه توسط سالکوسکیس و وارویک (۱) طراحی گردید. این پرسشنامه که از نوع خودسنجی است، دارای ۱۸ گویه بوده و دارای سه عامل به نام های ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی می باشد. هر آیتام این پرسشنامه چهار گزینه دارد و هریک از گزینه ها شامل توصیف فرد از مؤلفه های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره گذاری برای هر آیتام از صفر تا ۳ نمره می باشد. انتخاب هریک از گزینه ها به صورت زیر نمره داده می شود: انتخاب گزینه الف: نمره صفر، انتخاب گزینه ب: نمره ۱، انتخاب گزینه ج: نمره ۲، انتخاب گزینه د: نمره ۳. بالاترین نمره ای که فرد می تواند در این پرسشنامه اخذ نماید ۵۴ و پایین ترین نمره صفر می باشد. کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده اضطراب سلامت بالا در فرد می باشد. از این رو نحوه تفسیر را به این صورت می توان ارائه داد: نمره پایین تر از ۲۶: اضطراب سلامتی پایین، نمره بین ۲۶ تا ۳۴: اضطراب سلامت در حد متوسط، نمره بالای ۴۱: اضطراب سلامت بالا. سالکوسکیس و وارویک (۱) اعتبار آزمون- باز آزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این پژوهشگران برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باروهای بیماری (IAS) استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ به دست آوردند. همچنین آبراموویتز و همکاران ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. این پرسشنامه در ایران و در پژوهش نرگسی و همکاران مورد بررسی قرار گرفت. در پژوهش آنها بررسی اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ بدست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای عامل نگرانی کلی سلامتی مساوی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰، و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ بدست آمد. که نتایج حاکی از پایایی قابل قبول برای این پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی تأییدی برای بررسی روایی این پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن نشان داد اضطراب سلامت یک سازه سه بعدی است و وجود ابعاد ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی در آن مورد تأیید است.

شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: روند اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به این صورت بود که جلسات درمان به صورت هفتگی برگزار گردید. زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه ای و در مجموع ۱۰ جلسه بود. خلاصه جلسات درمانی در جدول زیر آمده است:

بعضی از مطالعات نیز مساله میزان پذیرش روش های درمانی بیماران آریتمی قلبی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را مرکز ثقل درمان معرفی کرده اند. بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه درمان بیماران آریتمی قلبی، و بعضاً نتایج ضد و نقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیب ها، طولانی شدن و پرهزینه شدن درمان مبتلایان می گردد. با توجه به آنچه ذکر شد، مساله اصلی مطرح شده در این پژوهش، این بود: که آیا روش های مداخله ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار بر اضطراب سلامت بیماران آریتمی قلبی موثر هستند؟ و این که آیا بین میزان اثربخشی دو روش مذکور بر روی بیماران آریتمی قلبی، تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح، پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بسط یافته بود که به همراه مرحله پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران آریتمی قلبی اعم از مردان و زنان بزرگسال شهر تهران در بخش قلبی عروقی بیمارستان تخصصی قلب امیر آباد تهران در بازه زمانی اردیبهشت ماه تا شهریورماه است که در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ تشخیص آریتمی قلبی را از پزشک متخصص یا فوق تخصص قلب دریافت نموده، و برای درمان مراجعه نموده اند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۶۰ بیمار آریتمی قلبی بود. روش نمونه گیری غیر تصادفی از نوع در دسترس بود. چون پژوهش از نوع مداخله ای بود، حداقل نمونه در هر یک از گروه ها ۲۰ نفر در نظر گرفته شد گروه های آزمایشی به صورت گروهی شرکت کردند و فنون و روش های پذیرش و تعهد (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای) و شناخت درمانی هیجان مدار (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای) به صورت گام به گام و از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط پژوهشگر ارائه شد. برای پیش بینی احتمالی ریزش آزمودنی ها، ۶ بیمار دیگر، ۴ بیمار در گروه های آزمایشی و ۲ بیمار در گروه کنترل علاوه بر ۶۰ بیمار (در مجموع ۶۶ بیمار) در نظر گرفته شد. گروه های آزمایشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای شرکت کردند و فنون و روش های درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان مدار و از طریق تکالیف هفتگی و تمرینات منظم توسط مشاور ارائه شد. تعدادی از آزمودنی های گروه های آزمایشی و کنترل افت کردند (غیبت بیش از دو جلسه). در گروه پذیرش و تعهد ۲ نفر، در گروه شناخت درمانی هیجان مدار ۱ نفر، در گروه کنترل ۱ نفر و در مجموع ۴ نفر افت کردند. لازم به ذکر است برای رعایت شرایط همگنی گروه ها، ملاک های ورود و خروج رعایت شد: شرایط ورود به مطالعه: ابتلا به آریتمی قلبی که توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص قلب و عروق انجام و تشخیص داده شد، همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم دریافت درمان های روان شناختی تا قبل از جلسات گروه درمانی یا در حین جلسات گروه درمانی، علاقه به شرکت در جلسات آموزشی و متعهد شدن به حضور در تمام جلسات آموزشی درمانی. شرایط خروج از مطالعه: غیبت بیش از دو

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد	
جلسه	موضوع
جلسه اول	موضوع جلسه: فهم کامل ماهیت بیماری دیابت و شناخت راهبردهای مقابله با آن. محتوای جلسه: معارفه تک تک اعضا، تشریح قوانی و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب، توصیف افکار و نشانه ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود مشکل ساز است، تکالیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟
جلسه دوم	موضوع جلسه: کنترل به عنوان یک مشکل و کنترل رویدادهای شخصی. محتوای جلسه: ارائه استعاره مرد در گودال، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع، تکالیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه
جلسه سوم	موضوع جلسه: پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است. محتوای جلسه: استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، تاکید بر اهمیت ارتقا و پرورش ذهن آگاهی. تکالیف خانگی: برگه عملکرد نگرانی چیست؟
جلسه چهارم	موضوع جلسه: ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارت های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم. محتوای جلسه: استعاره پلیگراف، تمرین استعاره شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل مربوط به اشتیاق، هیجانان شفاف در مقابل هیجانان مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه، تکالیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	موضوع جلسه: معرفی اهمیت ارزش ها، چگونگی تمایز آن ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش های مشخص. محتوای جلسه: معرفی ارزش ها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش ها، انتخاب ارزش ها، انتخاب ها در مقابل قضاوت ها/تصمیم ها، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری (جهت انجام در طول هفته).

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی هیجان مدار	
جلسات	موضوع
اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه های آن، مفهوم سازی درمان شناختی متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی
دوم	شناسایی هیجان های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده، از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و درازمدت هیجان ها، منطق و دلیل تنفس عمیق، روش های تنفس عمیق

تکلیف خانگی: ارائه برگه شناسایی ارزش ها، انجام یک عمل با ارزش	جلسه ششم
موضوع جلسه: تداوم ایجاد جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه های عملی برای پرورش گسلس. محتوای جلسه: شناسایی ارزش ها، استفاده از استعاره سنگ قبر، دستورالعمل مهارت های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته	جلسه هفتم
موضوع جلسه: توجه به عملکرد هیجانان، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانان واضح و مبهم، محتوای جلسه: دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانان، دستورالعمل کنترل چرخه هیجانی، اجتناب هیجانی، استعاره اجاق داغ، هیجانان واضح در مقابل هیجانان مبهم. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل با ارزش، تعیین هدف رفتاری در هفته	جلسه هشتم
موضوع جلسه: ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب ها جهت رسیدن به آن اهداف، محتوای جلسه: تعهد به عنوان یک فرآیند، شناسایی گام های عملیاتی اهداف کوچک تر در خدمت اهداف بزرگ تر، ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق ها جهت پذیرش آنها، استعاره حباب در جاده، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری برای انجام در طول هفته، تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص	جلسه نهم
آموزش به بیمار که خود درمانگر باشد	جلسه دهم
مرور جلسات قبل، منعکس کردن پیشرفت حاصل شده و خاتمه جلسات درمانی	
مراحل آموزش درمان شناختی هیجان مدار: اعضای گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه از آموزش درمان شناختی هیجان مدار که توسط پژوهشگر تحت نظارت اساتید با استفاده از پیشینه‌های نظری و پژوهشی و مفاهیم رویکرد شناخت درمانی هیجان مدار پاور تدوین شد قرار گرفتند.	

سوم	ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی (عملکرد هیجان ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آنها و مثال هایی از تجربه های واقعی آنها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش رونده، اجرای آرمیدگی پیش رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند. ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولا ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی) دریافت رویدادهای روزمره و به چالش کشیدن آنها
چهارم	شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان ها، استفاده از تکنیک آرام سازی، مواجهه سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان هایی که در تنظیم آن مشکل دارند، شناسایی موقعیت های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.
پنجم	شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان ها تا آزمودنی ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند.
ششم	شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای در برابر هیجان های ناسازگار، ایجاد دیدگاه های جدید.
هفتم	تسهیل در بیان و توصیف احساس ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی ها، تغییر ارزیابی های شناختی، شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت های هیجانی، آموزش راهبرد بازاریابی.
هشتم	ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه های مهم زندگی.
نهم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.
دهم	آموزش آرمیدگی پیش رونده، مواجهه ذهنی، شکل گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد، که در پیش روی آنها است، در جهت حکیم یادگیری مهارت های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار **spss23** در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام پذیرفت. یافته ها در جدول زیر جنسیت، سن و تحصیلات شرکت کنندگان به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. در جدول ۳

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد شرکت کنندگان در سه گروه

متغیرهای دموگرافیک	پذیرش و تعهد	هیجان مدار	کنترل	سطح معناداری
جنسیت	زن	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۰/۳۳
	مرد	۹ (۶۰)	۱۱ (۷۳/۳)	
سن	زیر ۳۰ سال	۱ (۶/۷)	۰ (۰)	۰/۲۸
	۳۰-۴۵ سال	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	
	۴۶-۶۰ سال	۱۰ (۶۶/۷)	۱۳ (۸۶/۷)	
تحصیلات	دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	۰/۰۸
	کاردانی	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)	
	کارشناسی	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	
	کارشناسی ارشد	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می دهد دو گروه در متغیرهای جنسیت، سن و تحصیلات تقریباً همگن می باشند. نتایج آزمون خی

دو نیز نشان می دهد تفاوت دو گروه از نظر جنسیت، سن و تحصیلات معنادار نمی باشد ($p < 0.05$).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب سلامت پس آزمون	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	-۳۵.۲	۴۴.۱	۰.۱۲۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	-۴۷.۴	۴۴.۱	۰.۰۱۰
	هیجان مدار - کنترل	-۱۲.۲	۴۴.۱	۰.۱۹۰
اضطراب سلامت پیگیری	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	-۲۸.۲	۴۱.۱	۰.۲۰۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	-۴.۴	۴۱.۱	۰.۰۹۰
	هیجان مدار - کنترل	-۰.۵۲	۴۱.۱	۰.۲۷۰

ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار شناختی) بر نمرات اضطراب سلامت می باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب سلامت بیشتر از گروه درمان هیجان مدار شناختی بوده است.

از نتایج جدول ۴ می توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار شناختی در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات اضطراب سلامت تاثیر داشته اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون نیز معنی دار بوده است، روند کاهش نمرات اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه های اضطراب سلامت با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایما
ابتلا به بیماری	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۳۴.۳۱	۷۳.۱	۱۵.۱۸	۰.۶۱۱	۰.۰۱۰	۱۶.۰
	تعامل آزمون* گروه	۴۹.۱۶	۴۵.۳	۷۷.۴	۹۱.۲	۰.۳۰۰	۰.۹۰۰
پیامدهای بیماری	بینگروهی	۴۸.۴۹	۰.۰۲	۷۴.۲۴	۹۹.۲	۰.۳۰۰	۱.۰۰۰
	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۵۳.۵۸	۹۵.۱	۰.۸۳۰	۳۰.۱۴	۰.۰۱۰	۲۰.۰
نگرانیهای کلی	تعامل آزمون* گروه	۱۷.۴۴	۸۹.۳	۳۵.۱۱	۴۰.۵	۰.۰۱۰	۱۶.۰
	بینگروهی	۲۰.۷۷	۰.۰۲	۶۰.۳۸	۲۶.۳	۰.۴۰۰	۱.۰۰۰
آزمون (تکرار اندازه گیری)	آزمون (تکرار اندازه گیری)	۱۴.۸۸	۴۲.۱	۰.۸۶۲	۹۶.۱۶	۰.۰۱۰	۲۳.۰
	تعامل آزمون* گروه	۶۶.۳۵	۸۴.۲	۵۶.۱۲	۴۳.۳	۰.۲۰۰	۱۱.۰
بینگروهی	بینگروهی	۸۴.۷۶	۰.۰۲	۴۲.۳۸	۸۸.۳	۰.۳۰۰	۱۲.۰

نتایج جدول ۵ نشان می دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای همه مؤلفه ها معنا دار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه های اضطراب سلامت در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی متفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه های اضطراب سلامت در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین نمرات مؤلفه های اضطراب سلامت در مرحله پس آزمون نسبت به

مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه های اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > 0.05$). با توجه به نتایج جدول ۵ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان مدار شناختی و کنترل در سطح 0.05 برای مؤلفه های ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری معنا دار است ($P < 0.05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه های ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری در سه گروه تفاوت معنا دار وجود دارد

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی میانگین‌های نمرات در سه گروه

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
ابتلا به بیماری پس از آزمون	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۸۲.۰-۶۰.۰	۶۰.۰	۳۷۲.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۵۷.۱-۶۰.۰	۶۰.۰	۰۰۸.۰
	هیجان مدار - کنترل	۲۷.۱-۶۰.۰	۶۰.۰	۰۲۷.۰
پیامدهای بیماری پس از آزمون	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۱۸.۱-۶۳.۰	۶۳.۰	۰۳۶.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۶۰.۱-۶۳.۰	۶۳.۰	۰۰۱.۰
	هیجان مدار - کنترل	۳۷.۱-۶۳.۰	۶۳.۰	۰۱۵.۰
نگرانیه‌های کلی پس از آزمون	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۸۴.۰-۶۴.۰	۶۴.۰	۳۷۲.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۶۲.۱-۶۴.۰	۶۴.۰	۰۰۱.۰
	هیجان مدار - کنترل	۴۸.۱-۶۴.۰	۶۴.۰	۰۱۱.۰
ابتلا به بیماری پیگیری	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۶۹.۰-۵۷.۰	۵۷.۰	۳۷۸.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۴۴.۱-۵۷.۰	۵۷.۰	۰۱۱.۰
	هیجان مدار - کنترل	۱۴.۱-۵۷.۰	۵۷.۰	۰۲۳.۰
پیامدهای بیماری پیگیری	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۰۵.۱-۶۱.۰	۶۱.۰	۰۴۲.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۴۷.۱-۶۱.۰	۶۱.۰	۰۰۷.۰
	هیجان مدار - کنترل	۲۴.۱-۶۱.۰	۶۱.۰	۰۲۱.۰
نگرانیه‌های کلی پیگیری	پذیرش و تعهد - هیجان مدار	۷۱.۰-۶۲.۰	۶۲.۰	۳۷۸.۰
	پذیرش و تعهد - کنترل	۴۹.۱-۶۲.۰	۶۲.۰	۰۰۱.۰
	هیجان مدار - کنترل	۳۵.۱-۶۲.۰	۶۲.۰	۰۱۱.۰

کاهش نمرات اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار شناختی) بر نمرات اضطراب سلامت می‌باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر اضطراب سلامت بیشتر از گروه درمان هیجان‌مدار شناختی بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های الینبرگ و همکاران (۳۳)، رجبی و یزدخواستی (۳۴) و مولوی و همکاران (۳۵) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که اضطراب سلامت اختلال شناختی گسترده‌ای است که به صورت ادراک نادرست درباره علائم و تغییرات بدنی که نتیجه باورهای فرد در مورد بیماری یا سلامت است، شکل می‌گیرد. بیمارانی که اضطراب سلامتی شدید دارند نه تنها در مورد بیماری‌ها نگران هستند بلکه در مورد ناتوانی در کنترل نگرانی‌های مرتبط با بیماری و سلامت نیز نگران می‌شوند. این نگرانی در مورد نگرانی ممکن است بعضی از افراد را برای جستجوی درمان اضطراب سلامت، ترغیب کند. تیرر و همکاران (۳۶) به عنوان بخشی از یک مطالعه گسترده، به بررسی میزان شیوع این اختلال در ۵ مرکز درمانی مختلف اقدام کردند. این محققین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی قلب، تنفس، معده روده‌ای، نورولوژی و غدد ۶ بیمارستان را در مدت ۲۱ ماه با استفاده از مقیاس اضطراب سلامت

از نتایج جدول ۶ می‌توان نتیجه گرفت که روش (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار شناختی در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات مولفه‌های اضطراب سلامت تأثیر داشته‌اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات مولفه‌های اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند کاهش نمرات مولفه‌های اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون ادامه داشته است و بطور معنی‌داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار شناختی) بر نمرات مولفه‌های اضطراب سلامت می‌باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر پیامدهای بیماری بیشتر از گروه درمان هیجان‌مدار شناختی بوده است.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی هیجان‌مدار بر اضطراب سلامت بیماران مبتلا به آریتمی قلبی انجام شد. نتایج نشان داد که روش (درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌مدار شناختی در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات اضطراب سلامت تأثیر داشته‌اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون نیز معنی‌دار بوده است، روند

مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این بررسی نشان داد که میزان شیوع این اختلال در بین مراجعین مبتلا به کلینیک های نورولوژی بیشتر مشاهده می شود. روش های مقابله با چنین تنش ها و تشویش های روانی می تواند تا حدودی شرایط روانی آنها را مساعدتر کند. در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آن چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است بپردازند. در این جا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند و به سطح پایین اضطراب سلامت رسیدند. هدف درمانگر اکت کاهش نشانه ها نیست، اما این چیزی است که به عنوان محصول جانبی در فرایند درمانی به آن دست خواهیم یافت. اکت ارتباط بین افکار و احساسات مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنها را به عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند. لذا، با توجه به نقش اضطراب سلامت، رعایت اصول بهداشت روانی در بیماران مبتلا به آریتمی قلبی به منظور پیشگیری از اضطراب سلامتی توصیه می شود؛ چرا که به پیشگیری از اضطراب سلامتی و یا شناسایی به موقع این افراد و در نتیجه صرفه جویی در هزینه های درمانی کمک می کند. به طور خلاصه می توان گفت رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی منجر به کاهش اضطراب سلامتی در بیماران مبتلا به آریتمی قلبی شده است. افراد با این درمان یاد می گیرند که چگونه شناخت ها و باورهای غیرمنطقی خود را کنترل کرده و آن را تغییر دهنده و در پی تغییر شناخت، در رفتار خود نیز تغییر به وجود آورند.

همچنین نتایج نشان داد که روش (درمان های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار شناختی در مقایسه با گروه کنترل) بر نمرات مولفه های اضطراب سلامت تاثیر داشته اند. همچنین با توجه به اینکه کاهش نمرات مولفه های اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون نیز معنی دار بوده است، روند کاهش نمرات مولفه های اضطراب سلامت در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون ادامه داشته است و بطور معنی داری متفاوت بوده است که نشان از پایداری درمان (درمان های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان مدار شناختی) بر نمرات مولفه های اضطراب سلامت می باشد. همچنین میزان کاهش در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیر پیامدهای بیماری بیشتر از گروه درمان هیجان مدار شناختی بوده است. این نتایج را می توان با مطالعات حاضر با (۲۹، ۳۷، ۳۸) همسو دانست. نتایج پژوهش ها حاکی از اثربخشی مداخلات روان شناختی و حمایتی بر افزایش امید به زندگی، اضطراب سلامت و سلامت هیجانی مبتلایان به بیماران قلبی است. علی رغم اهمیت موج سوم درمان های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از روان درمانی های نوظهور که پژوهش ها از نقش موثر آن بر استرس، اختلالات

اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن در افزایش بهزیستی روانی افرادی که از درد مزمن رنج می برند، نشان داده اند (۳۲)، تنها تعداد اندکی از پژوهش ها به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در روان درمانی بیماران مبتلا به آریتمی قلبی پرداخته اند از جمله می توان به پژوهش هولبرت- ویلیامز و همکاران (۳۹) اشاره نمود که رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله موثر در اضطراب سلامت بیماران مبتلا به آریتمی قلبی معرفی می کنند. نتایج پژوهش های دیگر در حوزه کاربرد رویکرد پذیرش و تعهد نشان می دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی در مبتلایان به بیماری قلبی می شود که این امر تغییراتی در بهزیستی روانی و اضطراب سلامت و کیفیت زندگی بیماران را در پی دارد. در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله مهمترین تکنیک های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش ها و اعمال متعهدانه می باشد. ترغیب بیماران مبتلا به آریتمی قلبی 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 می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب و استرس به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می شوند، رهایی یابند. فرایند موثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل تمایل و پذیرش می باشد. در این مولفه ها این امکان برای بیماران فراهم می گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تاثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (۴۰). همچنین فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب می شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد. در همین راستا مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ذهن آگاهی اثرات بسیاری در کاهش اضطراب سلامت و رنج روان شناختی بر جای می گذارد (۴۱). همچنین در فراتحلیلی که پیرامون مقالات منتشر شده بین سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت، نشان داده شد که درمان پذیرش و تعهد برای مجموعه ای گسترده از اختلالات شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، و درد مزمن موثر بوده است (۴۲). از آنجا که ابتلا به بیماری آریتمی قلبی مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روان شناختی می تواند نقش موثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می داند. همچنین درد، جزئی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و

meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(1), 52-60.

5. Gola, D., Erdmann, J., Müller-Myhsok, B., Schunkert, H., & König, I. R. (2020). Polygenic risk scores outperform machine learning methods in predicting coronary artery disease status. *Genetic Epidemiology*.

6. Behzad Katherine, Zakeri Saeedeh, Vafaei Hamidreza. (1398). Evaluation of risk factors for coronary heart disease in patients undergoing coronary artery bypass surgery in Babol. *Scientific Journal of Babol University of Medical Sciences*, 21 (1), 10-6.

7. Van De Hoef, T. P., Echavarría-Pinto, M., Meuwissen, M., Stegehuis, V. E., Escaned, J., & Piek, J. J. (2020). Contribution of age-related microvascular dysfunction to abnormal coronary hemodynamics in patients with ischemic heart disease. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 13(1), 20-29.

8. Drissa, M., Madiouni, M., & Habiba, M. (2020). Acute coronary syndrome without ST segment elevation: Gender influence. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 12(1), 23.

9. Kim, S. E., Yin, M. Z., Kim, H. J., Vorn, R., Yoo, H. Y., & Kim, S. J. (2020). Decreased inward rectifier and voltage-gated K⁺ currents of the right septal coronary artery smooth muscle cells in pulmonary arterial hypertensive rats. *The Korean Journal of Physiology & Pharmacology*, 24(1), 111-119.

10. Christle, J. W., Knapp, S., Geisberger, M., Cervenka, M., Moneghetti, K., Myers, J., & Boscheri, A. (2020). Interval Endurance and Resistance Training as Part of a Community-Based Secondary Prevention Program for Patients With Diabetes Mellitus and Coronary Artery Disease. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 40(1), 17-23.

پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، در برگیرنده زمان حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تاکید است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود بودن نمونه مورد بررسی از بیماران مبتلا به آریتمی قلبی است که این تعداد نمی‌تواند معرف خوب و کافی برای جامعه باشد. بنابراین تعمیم دادن نتایج فقط به جامعه مورد نظر منطقی و امکان‌پذیر است، و برای سطوح دیگر باید با رعایت احتیاط این کار را انجام دهیم. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به علت محدود بودن امکانات و دشواری اجرای پژوهشی گسترده با روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در رابطه با موضوع این پژوهش اشاره کرد که موجب سوگیری ناخواسته در نتایج بدست آمده می‌شود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش‌دهی تهیه شده‌اند که ممکن است سوگیری‌های پاسخ‌دهی در آنان وجود داشته باشد. با توجه به یافته‌های پژوهش انجام شده، خدمات مشاوره در زمینه مشکلات فردی و گروهی یکی از نیازهای ضروری این بیماران است و ارائه خدمات مشاوره باید به طور دائم در دسترس بیماران باشد، همچنین وزارت بهداشت باید به نیاز اساسی بیماران توجه کند و مراکز را برای ارائه خدمات مشاوره و روانشناختی به بیماران و خانواده‌های آنها اختصاص دهد.

References

1. Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
2. Lee, M., Park, S., & Lee, K. S. (2020). Relationship between Morbidity and Health Behavior in Chronic Diseases. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 121.
3. 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.
4. Rooney, M. R., Alonso, A., Folsom, A. R., Michos, E. D., Rebholz, C. M., Misialek, J. R., & Lutsey, P. L. (2020). Serum magnesium and the incidence of coronary artery disease over a median 27 years of follow-up in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study and a

permanent atrial fibrillation, which arose on the background of anxiety and depression. *Polish Journal of Applied Sciences*, 5(2), 5-10.

18. Abrvan, Morteza (1399). The Effectiveness of Interaction Behavior Analysis Training in Reducing Depression and Anxiety Death in People with Coronary Artery Disease. Master Thesis, Sohroudi Institute of Higher Education, Tehran.

19. Rosman, L., Gehi, A., & Lampert, R. (2020). When smartwatches contribute to health anxiety in patients with atrial fibrillation. *Cardiovascular Digital Health Journal*, 1(1), 9-10.

20. Hasebe, H., & Shinba, T. (2020). Decreased anxiety after catheter ablation for paroxysmal atrial fibrillation is associated with augmented parasympathetic reactivity to stress. *Heart Rhythm O2*, 1(3), 189-199.

21. Tully, P. J., Cosh, S., & Pedersen, S. (2020). Cardiovascular Manifestations of Panic and Anxiety. *Brain and Heart Dynamics*, 261-279.

22. Afshari, Ali (1397). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and mindfulness-based therapy on women's resilience in recurrent miscarriage. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6 (4), 17-11.

23. Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, 28, 94-97.

24. Szabo, T. G. (2019). Acceptance and commitment training for reducing inflexible behaviors in children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 178-188.

25. Jamshidian Ghaleh Shahi, Parvin; Aghaei, Asghar and Golparvar, Mohsen. (1396). Comparison of the effect of positive Iranian treatment and acceptance and commitment on depression, anxiety and

11. Thomas, I. C., Takemoto, M. L., Forbang, N. I., Larsen, B. A., Michos, E. D., McClelland, R. L., & Criqui, M. H. (2020). Associations of recreational and non-recreational physical activity with coronary artery calcium density vs. volume and cardiovascular disease events: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *European Heart Journal-Cardiovascular Imaging*, 21(2), 132-140.

12. Bos, M. M., de Vries, L., Rensen, P. C., van Dijk, K. W., Blauw, G. J., van Heemst, D., & Noordam, R. (2020). Apolipoprotein E genotype, lifestyle and coronary artery disease: gene-environment interaction analyses in the UK Biobank population. medRxiv.

13. Mirbolouk, M., Kianoush, S., Dardari, Z., Miedema, M. D., Shaw, L. J., Rumberger, J. A., ... & McEvoy, J. W. (2020). The association of coronary artery calcium score and mortality risk among smokers: The coronary artery calcium consortium. *Atherosclerosis*, 294, 33-40.

14. Holt, R., Kornhaber, R., Kwiet, J., Rogers, V., Shaw, J., Law, J., & Cleary, M. (2019). Insecure adult attachment style is associated with elevated psychological symptoms in early adjustment to severe burn: A cross-sectional study. *Burns*.

15. Son, Y. J., Baek, K. H., Lee, S. J., & Seo, E. J. (2019). Health-related quality of life and associated factors in patients with atrial fibrillation: an integrative literature review. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3042.

16. Tsai, T. H., Lin, W. Y., Chang, Y. S., Chang, P. C., & Lee, M. Y. (2020). Technology anxiety and resistance to change behavioral study of a wearable cardiac warming system using an extended TAM for older adults. *PloS one*, 15(1), e0227270.

17. Seredyuk, L. S. (2020). Effectiveness of treatment with mebicar in patients with

33. Eilenberg T, Kronstrand L, Fink P, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy for health anxiety--results from a pilot study. *J Anxiety Disord* 2013;27:461-8.
34. Rajabi S, Yazdkhasti F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS. *J Clin Psychol* 2014;6:29-38.
35. Molavi P, Michaeli N, Rahimi N, Mehri S. The effect of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia, University of medical sciences 2014;14:412-23.
36. Tyrer P, Cooper P, Crawford M, Dupont Green J, Murphy D, Salkovskis P, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *J Psychosom Res* 2011;71:392-4.
37. Alipour, Mehran (1396). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, emotion-based cognitive therapy and training to increase couples coping skills on body deformity, health anxiety, mental well-being and lifestyle promoting health of women with breast cancer. Doctoral dissertation, Urmia University.
38. Nekounam, Asia; Etemadi, Soraya and Pournaghas Tehrani, Saeed. (1397). The effectiveness of emotion-focused couple therapy approach on improving sexual satisfaction and marital stress in patients with coronary artery bypass grafting. *Journal of Psychological Sciences*, 17 (65), 77-61.
39. Hulbert- Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
- stress in infertile women in Isfahan. *Journal of Health Promotion Management*, 27 (11), 16-8.
26. Apolinário-Hagen, J., Drüge, M., & Fritsche, L. (2020). Cognitive behavioral therapy, mindfulness-based cognitive therapy and acceptance commitment therapy for anxiety disorders: integrating traditional with digital treatment approaches. *Anxiety Disorders*, 291-329.
27. Wu, Q., Slesnick, N., & Zhang, J. (2018). Understanding the role of emotion-oriented coping in women's motivation for change. *Journal of substance abuse treatment*, 86, 1-8.
28. Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and social psychology review*, 20(3), 199-222.
29. Mohammad Khani Shali, Goddess; Alipour, Ahmad and Hassanzadeh Peshang, Samira. (1392). The effect of group cognitive therapy training on health anxiety of nursing students. *Pars Journal of Medical Sciences*, 11 (2), 52-45.
30. Frei, J. M., Sazhin, V., Fick, M., & Yap, K. (2020). Emotion-oriented coping style predicts self-harm in response to acute psychiatric hospitalization. *Crisis*.
31. Nik Danesh, Meysam; Twelve Imams, Mohammad Hassan; Gheidari Mohammad Ismail, Bakhtiari, Maryam and Mohammadi, Abolfazl. (1396). Emotional regulation, mindfulness and existential anxiety in people with coronary heart disease: A comparative study. *Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 28 (6), 19-3.
32. Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113-122.

40. Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-11.
41. Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G. R., Hancock, B., & Knott, V. E. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*, 23(3), 413-421.
42. Hoseini, S., Najafi, M., Bighdeli, I., & Soltani Nejad, M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Resiliency and Emotional Regulation in Women with Breast Cancer. *Semnan University of Semnan*.