

مقایسه تأثیر آموزش مثبت‌گرایی با رویکرد اسلامی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی

محمد‌هادی یدالله پور^۱، مهناز فاضلی کبری^{۲*}، کامیار امین^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۱۳

خلاصه

مقدمه: بیماری قلبی-عروقی، مزمن و پرهزینه است. روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند در بهبود وضعیت روانشناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روانشناختی بیماران قلبی عروقی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این بررسی نیمه آزمایشی، بر روی بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۶ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و کنترل گمارده شدند. آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، طی ۸ جلسه انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی (لوتانز) در مراحل قبل، بعد و دو ماه پس از جلسات، و تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد.

یافته‌ها: در ترکیب خطی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی بر حسب عضویت گروهی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، و اثر تعاملی گروه و زمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). تفاوت میانگین نمره گروه روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با گروه کنترل در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی معنی‌دار ($p < 0/05$) بود ولی تفاوت میانگین دو روش درمانی در این مؤلفه‌ها معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است و تفاوتی بین آن‌ها وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: سرمایه روان‌شناختی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بیماری قلبی، روانشناسی مثبت‌گرا

۱- دانشیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

۲- دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، گرگان، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: kebria54@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۱۲۱۶۰۴۴۳

۳- دانشیار، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.

مقابله کرده و با امید به الطاف بیکران الهی به آرامش برسد [۱۶].

رویکرد پذیرش و تعهد (Commitment And Acceptance Therapy; ACT) از درمان‌های جدیدی است که در بهزیستی روان‌شناختی بیماران نقش بسزایی دارد و با ادغام مداخلات پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی به بیماران برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و معنی‌دار کمک می‌کند [۱۷]. هدف ACT افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد [۱۸-۱۹]. پژوهش‌های اخیر که بر اساس ACT انجام شده‌اند نشان داده‌اند این درمان می‌تواند درمانی مناسب برای درد مزمن [۲۰]، افسردگی [۲۱]، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال هراس [۲۲]، کاهش استرس شغلی [۲۳]، اختلال وسواس [۲۴] و سرطان سینه [۲۵] باشد.

با وجود این، مطالعه‌ای به بررسی اثرات مثبت‌نگری بر اساس منابع اسلامی و ACT بر بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی به ویژه سرمایه روان‌شناختی آن‌ها و مقایسه این اثرات نپرداخته است. با توجه به مزمن بودن بیماری‌های قلبی، لازم است این بیماران را با استفاده از رویکردهای روان‌شناختی مناسب برای تقویت منابع و پتانسیل‌های درون فردی یاری رساند تا بر معضلات این بیماری فائق آیند. ارتقای سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد [۷، ۸]. بنابراین، مطالعه حاضر، این موضوع را که آیا تفاوتی بین تأثیر آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و ACT بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی وجود دارد، بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه و کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1396.56 بود. جامعه آماری، شامل بیماران قلبی و عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی و

در سال‌های اخیر بیماری‌های مزمن معمول‌ترین علل مرگ و میر در جهان بوده‌اند. بیماری‌های مزمن اختلالاتی هستند که برای دوره طولانی ادامه می‌یابند و توانایی فرد را در حفظ عملکرد طبیعی تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱]. بیماری قلبی عروقی، در سال ۲۰۱۲ موجب مرگ تقریباً ۱۷/۵ میلیون نفر در جهان شد که برابر با ۰/۳۲ کل مرگ و میرها می‌باشد و بار اقتصادی آن بیش از بیماری‌های دیگر است [۲]. مطالعات مختلف نشان داده‌اند استرس، اضطراب و عصبانیت همراه با مهارت‌های ضعیف در کنار آمدن و حمایت اجتماعی کم در بیماری قلبی دخالت ضمنی دارند [۳-۵]. از سوی دیگر، توان افراد برای مقابله با بیماری‌ها و افزایش طول عمر با باورهای درونی و ذهنی آن‌ها در رابطه است [۶]. یکی از متغیرهای روان‌شناختی که در سازگاری با بیماری قلبی و بهبود آن نقش دارد، سرمایه روان‌شناختی است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود [۷-۹]. سرمایه روان‌شناختی، از شاخص‌های مثبت‌گرایی است که می‌توان از طریق بکارگیری رویکردهایی همچون روانشناسی مثبت‌نگر به تقویت آن پرداخت [۸].

روانشناسی مثبت‌نگر، رویکردی مبتنی بر نقاط قوت فردی است [۱۰، ۱۱]. در یک پژوهش نشان داده شد آموزش روانشناسی مثبت‌گرا در تقویت ارزش‌های مثبت از جمله گشودگی، مهربانی، صداقت و کاهش خلق افسرده مؤثر است [۱۲-۱۴]. آموزش مثبت‌نگری با بهبود و تقویت توکل به خدا، خوش‌بینی، خودکارآمدی، وظیفه‌شناسی، احساس کنترل، هدفمندی، امیدواری، رضایت از زندگی، زندگی معنادار، خلق مثبت و شادمانی، اجتماعی بودن، عزت‌نفس و بخشش همراه است [۱۵]. در این راستا، دستورات و احکام اسلام می‌توانند در جهت مثبت‌اندیشی، تحمل دشواری‌ها، معنا بخشی به سختی‌ها و ناکامی‌ها و رشد پتانسیل‌های فردی مؤثر عمل کند [۱۶]. هدف اصلی شیوه‌های توصیه شده در آموزه‌های دینی، یاری رساندن به انسان به منظور برخورداری از روح و روان سالم است تا با توسل به بهترین راه‌های ممکن، با مشکلات

آن هر خرده مقیاس ۶ گویه دارد. آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در هر خرده مقیاس از ۰-۳۰ و در مورد کل مقیاس از ۰-۱۲۰ قرار دارد. نمره بالا در هر خرده مقیاس و مقیاس کلی نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد در آن متغیر است. Lotanze و همکاران [۲۶] با استفاده از تحلیل عاملی و معاملات ساختاری روایی عاملی آزمون را تأیید کردند. آلفای کرونباخ و باز آزمون این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ به دست آمد [۲۶]. روایی پرسشنامه با روش تحلیل عاملی تأییدی نشان داد بارهای عاملی مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی در حد قابل قبولی (۰/۳) است [۲۷].

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش طی ۸ جلسه هفتگی ۱۰۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد. در این جلسات، از پروتکل Hayes و همکاران [۲۸] استفاده گردید (جدول ۱). آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و یک‌بار در هفته انجام شد که از پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای Rashid [۲۹] استفاده گردید و با بهره‌گیری از مطالب شادکامی اسلامی و آیات و روایات تطبیق داده شد (جدول ۲).

غیردولتی شهرستان بابل در سال ۱۳۹۶ بود. حجم نمونه توسط فرمول مقایسه میانگین با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد محاسبه شد که ۱۳ نفر در هر گروه برآورد گردید.

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

طی مطالعه یک نفر از هر یک از گروه‌های مداخله به دلیل عدم حضور در جلسات و یک نفر از گروه گواه به دلیل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها از مطالعه حذف شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ابتلا به بیماری قلبی عروقی، سن بین ۳۰-۶۰ سال، نداشتن اختلال روانی شدید، معیار خروج، غیبت بیش از دو جلسه، داشتن بیماری جسمی قابل‌ملاحظه غیر از بیماری قلبی عروقی، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. بیماران بر اساس سن، جنسیت و سطح تحصیلات هم‌تاسازی شدند. شرکت‌کنندگان، قبل و بعد از مداخله و دو ماه پس از آن، پرسشنامه را تکمیل کردند. در انتهای پژوهش، افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات آموزش مثبت‌اندیشی قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی (Questionnaires Psychological Capital) استفاده شد. پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی توسط Lotanze در سال ۲۰۰۷ طراحی شد [۲۶] و شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خود کارآمدی است که در

جدول ۱- برنامه مداخله ACT در بیماران قلبی عروقی

| جلسات | محتوای مداخله |
|-------|---|
| اول | بیان احساسات؛ اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن. |
| دوم | بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات؛ آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری. |
| سوم | آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟ |
| چهارم | ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف رویدادهای زندگی را به نوعی دیگر نگاه کنیم و بیماری را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک مسئله تصور کنیم نه بیشتر. |
| پنجم | شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند. |
| ششم | آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ آموزش تعهد به عمل؛ ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آلود منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن. |
| هفتم | طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر. |
| هشتم | جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره. |

| جلسات | محتوای مداخله |
|-------|---|
| اول | معارفه اعضای گروه یا درمانگر با یکدیگر، بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر، ارائه کلی مطالب آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی. |
| دوم | ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش مشکلات ناشی از بیماری |
| سوم | آموزش شناخت هیجانات و افکار آن‌ها بر اساس تعریفات شناختی که در حوزه نگرش به هستی وجود دارد. ارائه تکلیف بررسی افکار منفی که در حوزه شناخت‌های تحریف شده است. |
| چهارم | ارائه تکنیک تصویرسازی ذهنی، ذهن آگاهی متمرکز بر تنفس، ارائه هدف بر اساس ارزش‌های فردی چون فضیلت ایمان، بخشش و محوریت خداآوری و تعیین ارزش‌های فردی، ارائه تکلیف. |
| پنجم | آموزش در خصوص این که علیرغم پذیرش درد و رنج و وجود آسیب، باید به زندگی پویایی و غنا بخشید و رفتار هدفمند داشته باشد. ارائه تکلیف: انجام رفتارهای پویا و هدفمند. |
| ششم | ارائه بازخورد و نظرسنجی از فرایند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی، احساسات و هیجانات، آموزش رفتارهای ارزشمند مبتنی بر ارتباطات قاطعانه و جرأت‌مندانه، ارائه تکنیک‌هایی برای کنترل هیجانات منفی. |
| هفتم | تبیین این که وجود معنا در زندگی می‌تواند ارزشمند باشد بررسی معنا از نگاه دینی و ضرورت این که انسان باید با معنا بخشیدن به اعمال و رفتار دنیوی و جهت دادن آن به سمت خداآوری از بند اسارت طرح‌واره‌های ناسازگاری خود رها شود. |
| هشتم | مقابله با موانع ذهنی و تسلیم قضا و قدر الهی بودن را به عنوان سرلوحه رفتارهای خویش قرار دهند اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه. |

روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل، به ترتیب ۶ (۵۰٪)، ۵ (۴۲٪) و ۷ (۵۸٪) نفر مرد و ۶ (۵۰٪)، ۷ (۵۸٪) و ۵ (۴۲٪) نفر زن حضور داشت. آزمون مجذور کای نشان داد از جهت جنسیت بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در گروه‌های روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و کنترل، به ترتیب ۷ (۵۸٪)، ۵ (۴۲٪) و ۷ (۵۸٪) نفر دیپلم و ۵ (۴۲٪)، ۷ (۵۸٪) و ۵ (۴۲٪) نفر لیسانس بودند. آزمون مجذور کای نشان داد از جهت سطح تحصیلات بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار متغیر سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین سرمایه روان‌شناختی و ابعاد آن در پس‌آزمون و مرحله پیگیری در دو گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است.

مداخله توسط متخصص روانشناسی بالینی باتجربه در زمینه روانشناسی مثبت‌گرا و رویکرد ACT در زمستان سال ۱۳۹۶ در یک کلینیک خدمات روان‌شناختی شهر بابل اجرا شد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، ام باکس، کرویت موچلی و تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه‌های روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، و کنترل به ترتیب $۵۶/۸۹ \pm ۸/۸۱$ ، $۵۶/۹۱ \pm ۷/۹۵$ و $۵۷/۰۹ \pm ۸/۳۲$ بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین سنی بین سه گروه تفاوت معنی‌داری ندارد. در گروه‌های

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیر سرمایه روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بیماران قلبی عروقی شهر بابل در سال ۱۳۹۶

| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین | انحراف معیار \pm میانگین |

| | | | | |
|--------------|-------------|-------------|----------------------------|------------------------------------|
| ۲۴/۷۵±۴/۴۳ | ۲۶/۷۵±۴/۱۱ | ۲۱/۸۳±۳/۸۱ | خودکارآمدی | |
| ۲۷/۴۲±۴/۰۵ | ۳۰/۰۰±۲/۳۰ | ۲۲/۹۲±۳/۳۳ | امیدواری | درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد |
| ۲۴/۰۰±۳/۸۳ | ۲۶/۸۱±۳/۶۴ | ۲۳/۱۷±۳/۶۸ | تاب‌آوری | |
| ۲۶/۵۰±۵/۵۸ | ۲۹/۹۴±۵/۰۳ | ۲۳/۶۷±۵/۸۰ | خوش‌بینی | |
| ۱۰۲/۶۷±۱۵/۳۱ | ۱۱۳/۵۲±۲/۶۲ | ۹۱/۵۸±۱۳/۸۲ | نمره کل سرمایه روان‌شناختی | |
| ۲۸/۱۷±۴/۱۱ | ۲۹/۰۸±۳/۳۷ | ۲۴/۸۳±۴/۴۷ | خودکارآمدی | |
| ۲۸/۹۲±۳/۷۵ | ۲۹/۵۸±۳/۷۵ | ۲۳/۷۵±۴/۸۳ | امیدواری | آموزش مثبت اندیشی با رویکرد اسلامی |
| ۲۴/۴۲±۱/۹۴ | ۲۷/۲۵±۲/۰۵ | ۲۳/۵۸±۳/۰۵ | تاب‌آوری | |
| ۲۹/۶۷±۲/۱۲ | ۳۰/۷۵±۱/۷۲ | ۲۵/۴۲±۴/۱۴۴ | خوش‌بینی | |
| ۱۱۱/۱۷±۸/۷۶ | ۱۱۶/۹۲±۹/۲۱ | ۹۷/۵۸±۱۵/۳۷ | نمره کل سرمایه روان‌شناختی | |
| ۲۳/۰۸±۴/۵۸ | ۲۳/۴۲±۴/۲۴ | ۲۳/۹۲±۴/۵۷ | خودکارآمدی | |
| ۲۲/۰۰±۴/۲۷ | ۲۲/۶۷±۳/۵۶ | ۲۴/۰۸±۴/۴۸ | امیدواری | کنترل |
| ۱۹/۱۷±۲/۸۱ | ۲۰/۷۵±۴/۸۸ | ۲۱/۴۲±۴/۸۶ | تاب‌آوری | |
| ۲۱/۶۷±۴/۷۶ | ۲۱/۱۷±۴/۷۶ | ۲۳/۱۷±۴/۴۴ | خوش‌بینی | |
| ۸۵/۹۲±۱۴/۵۹ | ۸۸/۰۰±۱۴/۹۴ | ۹۱/۶۶±۱۶/۲۶ | نمره کل سرمایه روان‌شناختی | |

بنابراین، شیب‌های رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل همسان تلقی شد. مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. جدول ۴ نشان می‌دهد فرض کرویت موچلی در مورد خودکارآمدی و خوش-بینی برقرار نیست و بر این اساس از اصلاح اسپیلن هین-فلت برای متغیرها استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده است ($F=1/03$ ، $p>0/05$). بر این اساس و با توجه سایر پیش شرط‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری برقرار است.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری استفاده شد. آزمون تعقیبی بن فرونی نیز برای مقایسه‌های بین گروهی استفاده گردید. برای انجام تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری، تحقق مفروضات بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی شیب رگرسیون، همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته و همگنی ماتریس واریانس-کواریانس باید بررسی شود. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون پارامتری کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p>0/05$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنی‌دار نبود،

جدول ۴- نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی شهر بابل در سال ۱۳۹۶

| متغیر | W موچلی | χ^2 | Df | P | اصلاح اسپیلن هین-فلت |
|----------------|---------|----------|----|----------|----------------------|
| خودکارآمدی | ۰/۵۵ | ۱۸/۹۲ | ۲ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۷۵ |
| تاب‌آوری | ۰/۹۰ | ۳/۰۴ | ۲ | ۰/۲۱۱ | ۱/۰۰ |
| امید | ۰/۹۴ | ۱/۹۳ | ۲ | ۰/۳۸۳ | ۱/۰۰ |
| خوش‌بینی | ۰/۸۳ | ۵/۷۶ | ۲ | ۰/۰۴۸ | ۰/۹۶ |
| نمره کل سرمایه | ۰/۹۰ | ۳/۱۴ | ۲ | ۰/۲۰۳ | ۱/۰۰ |

***: $p<0/001$

گروهی، درون گروهی و اثرات تعاملی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۳۹ و ۰/۵۲ است؛ بدین معنی که ۰/۳۹ تغییرات از طریق عضویت بین گروهی، ۰/۸۰ از طریق تفاوت‌های درون گروهی و ۰/۵۲ تغییرات بر حسب اثرات تعاملی درون گروهی و بین گروهی قابل تبیین است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری در جدول ۵ آورده شده است. بر طبق جدول ۳، در ترکیب خطی متغیرهای سرمایه روان‌شناختی بر حسب عضویت گروهی ($F=3/80, p=0/001$)، مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=11/19, p=0/001$)، و اثر تعاملی گروه و زمان ($F=3/09, p=0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تأثیر منابع تغییر در ایجاد تفاوت‌ها بر حسب عضویت بین

جدول ۵- نتایج آزمون چندمتغیری در متغیرهای سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی شهر بابل در سال ۱۳۹۶

| منبع تغییرات | لامبدای ویلکز | F | Df فرضیه | Df خطا | P | η^2 |
|--------------|---------------|----------|----------|--------|----------|----------|
| گروه | ۰/۳۶ | ۳/۰۸*** | ۱۰ | ۵۸ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۹ |
| زمان | ۰/۱۹ | ۱۱/۱۹*** | ۹ | ۲۵ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۸۰ |
| گروه×زمان | ۰/۲۲ | ۳/۰۹*** | ۱۸ | ۵۰ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۵۲ |

***: $p < 0/001$

پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در همه مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و نمره کل سرمایه روان‌شناختی نمرات بیشتری کسب کرده‌اند.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در مورد تمام مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی و نمره کل سرمایه روان‌شناختی، هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون-گروهی معنی‌دار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرهای سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی شهر بابل در سال ۱۳۹۶

| متغیرها | منبع تغییرات | SS | Df | MS | F | P | η^2 |
|------------|--------------|--------|------|--------|-------|----------|----------|
| گروه | گروه | ۲۹۴/۹۰ | ۲ | ۱۴۷/۴۵ | ۳/۱۵ | ۰/۰۵۰* | ۰/۱۶ |
| خودکارآمدی | زمان | ۱۵۳/۳۵ | ۱/۵۱ | ۱۰۱/۴۸ | ۲۰/۸۸ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۸ |
| گروه×زمان | گروه×زمان | ۱۱۷/۶۴ | ۳/۰۲ | ۳۸/۹۲ | ۸/۰۱ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۲ |
| گروه | گروه | ۴۷۴/۲۴ | ۲ | ۲۳۷/۱۲ | ۸/۰۹ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۲ |
| تاب‌آوری | زمان | ۱۲۹/۷۹ | ۲ | ۶۴/۰۹ | ۱۴/۹۱ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۱ |
| گروه×زمان | گروه×زمان | ۷۹/۵۹ | ۴ | ۱۹/۸۹ | ۴/۵۷ | ۰/۰۰۳** | ۰/۲۱ |
| گروه | گروه | ۴۲۶/۷۹ | ۲ | ۲۱۳/۳۹ | ۶/۱۶ | ۰/۰۰۵** | ۰/۲۷ |
| امید | زمان | ۲۷۳/۴۶ | ۲ | ۱۳۶/۷۳ | ۲۶/۶۶ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۴۴ |
| گروه×زمان | گروه×زمان | ۳۰۶/۷۵ | ۴ | ۷۶/۶۹ | ۱۴/۹۵ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۴۷ |
| گروه | گروه | ۹۲۶/۱۳ | ۲ | ۴۶۳/۰۶ | ۹/۵۵ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۶ |
| خوش‌بینی | زمان | ۲۲۸/۴۶ | ۱/۹۱ | ۱۱۹/۴۸ | ۱۹/۶۵ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۷ |
| گروه×زمان | گروه×زمان | ۲۰۳/۳۱ | ۳/۸۲ | ۵۳/۱۶ | ۸/۷۴ | ۰/۰۰۱*** | ۰/۳۴ |

| | | | | | | |
|----------------------------|---------|---|---------|-------|----------------------|------|
| گروه | ۷۶۳۴/۷۹ | ۲ | ۳۸۱۷/۳۹ | ۷/۸۳ | ۰/۰۰۲ ^{***} | ۰/۳۲ |
| نمره کل سرمایه روان‌شناختی | ۲۸۳۷/۶۳ | ۲ | ۱۴۱۸/۸۱ | ۳۸/۵۲ | ۰/۰۰۱ ^{***} | ۰/۵۳ |
| گروه × زمان | ۲۶۰۷/۰۹ | ۲ | ۳۰۳/۵۴ | ۱۷/۶۹ | ۰/۰۰۱ ^{***} | ۰/۵۱ |

* نتایج بر اساس اصلاح اسپیلن هین-فلت ارائه شده است.

***: $p < 0.001$ **: $p < 0.01$ *: $p < 0.05$

اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی معنی‌دار نبود و علی‌رغم اثربخشی دو روش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی، تفاوت معنی‌داری میان این دو روش درمانی وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب مقایسه‌های دو گروهی در جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با گروه کنترل در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی معنی‌دار است. تفاوت میانگین روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی بر حسب عضویت گروهی در مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی شهر بابل در سال ۱۳۹۶

| متغیرها | ACT-Positive | | Positive-کنترل | | ACT-کنترل | |
|--------------------|---------------|------------|----------------|------------|---------------|------------|
| | تفاوت میانگین | خطای معیار | p | خطای معیار | تفاوت میانگین | خطای معیار |
| خودکارآمدی | ۲/۹۲ | ۱/۶۱ | ۰/۲۳ | ۳/۸۹ | ۲/۸۹ | ۱/۶۱ |
| تاب‌آوری | -۰/۴۲ | ۱/۲۷ | ۱/۰۰ | ۴/۲۲ | ۱/۲۷ | ۱/۲۷ |
| امید | -۰/۶۴ | ۱/۳۸ | ۱/۰۰ | -۴/۵۰ | ۱/۳۸ | ۱/۳۸ |
| خوش‌بینی | -۱/۹۲ | ۱/۶۴ | ۰/۷۵ | -۶/۹۴ | ۱/۶۴ | ۱/۶۴ |
| سرمایه روان‌شناختی | -۵/۹۷ | ۵/۲۰ | ۰/۷۷ | -۲۰/۰۶ | ۵/۲۰ | ۵/۲۰ |

***: $p < 0.001$ **: $p < 0.01$ *: $p < 0.05$

بحث

همسو می‌باشد. همچنین نشان داده شد تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این دو درمان وجود ندارد. تا آنجا که بررسی‌های نویسندگان این پژوهش نشان می‌دهد، مطالعه‌ای مبنی بر ناهمخوانی نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه یافت نشد. Kubzansky و همکاران [۲۹] نشان دادند مداخلات مبتنی بر روانشناسی مثبت، در تقویت بهزیستی، سلامت روان افراد و بهبود عملکرد قلبی آن‌ها مؤثر است. Cohn و Fredrickson [۳۰] بیان کردند مداخله روانشناسی مثبت با تغییر رفتارهای ناسالم و مضر با بهبود عملکرد قلبی و کاهش فشارخون همراه است. در مطالعه Huffman و همکاران [۳۱]، رویکرد روانشناسی مثبت در بیماران قلبی عروقی موجب بروز حالات خوش‌بینی، شفقت نسبت به خود و دیگران و امیدواری

نتایج مطالعه نشان داد روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی اثر مثبت معنی‌داری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی داشته است. یافته‌های این پژوهش با مطالعات Kubzansky و همکاران [۲۹]، Fredrickson و Cohn [۳۰]، Huffman و همکاران [۳۱] و DuBois و همکاران [۳۲] مبنی بر تأثیر مثبت‌اندیشی بر ابعاد روان‌شناختی بیماران قلبی و بهبود عملکرد قلبی آن‌ها همسو است. همچنین، نشان داده شد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود مؤلفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی عروقی مؤثر است که با مطالعات Sajadian و همکاران [۳۳]، Spatola و همکاران [۳۴]، Prevedini و همکاران [۳۵]،

بهترین عوامل جلوگیری از آسیب‌های روانی و جسمی هستند. جنبه معنوی مثبت نگرى اسلامى کمک مى‌کند تا در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگى، بتوان با رفتارى مانند صبر، دعا کردن، توکل و اعتقاد قلبى به حمایت‌های الهى، تاب‌آورى و ظرفیت تحمل خود را افزایش داد. انسان، نیروى محدود خود را با توسل به منبع نامحدود قدرت خداوند افزایش مى‌دهد و این احساس، سبب افزایش خودکارآمدى و امید مى‌گردد [۳۱-۳۲]. در حالى که توانایى مبتلایان به بیماری‌های قلبى در پذیرش مسئولیت در قبال درمان، تحت تأثیر خصوصیات فردى مانند انگیزه، خودکارآمدى و تاب‌آورى قرار دارد. شناسایى روش‌های کارآمد برای توسعه چنین ویژگی‌هایی در این بیماران مى‌تواند راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها را بهبود بخشد [۳۰]. افراد برخوردار از خصیصه تاب‌آورى در رهایی از فشار ناشى از اثرات بیماری از توانایى بیشتری برخوردارند و در کنترل هیجان‌های منفى ناشى از بیماری، انعطاف‌پذیرى بیشتری از خود نشان مى‌دهند. از دید تعالیم اسلام، امیدوارى، شهادت، مهربانى، خوش‌بینى، مهارت‌های ارتباط بین فردى، بردبارى، عزت‌نفس، گشودگى و صداقت نمونه‌ای از این توانمندی‌ها محسوب مى‌شود [۳۳-۳۴]. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مطالعه در سطح محدود به شهر بابل است که تعمیم نتایج را دچار مشکل مى‌کند. همچنین، رویکرد دینی در این مطالعه که به دین اسلام پرداخته است، تعمیم‌پذیرى نتایج را در سطح کلی و سایر ادیان و مذاهب محدود مى‌سازد و لازم است مطالعات بعدى به این موضوع توجه کرده و آن را با دقت بیشتر و در گستره وسیع‌تر بررسی کنند. پیشنهاد مى‌شود متخصصان سلامت روان در حوزه کار با بیماران قلبى عروقى و در برنامه‌های توان‌بخشى، برای تقویت بنیه روانى این بیماران، مقابله مؤثرتر با معضلات این بیماری و تقویت سرمایه روان‌شناختى آن‌ها از مداخلاتى چون آموزش مثبت‌اندیشى و ACT استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد آموزش مثبت‌اندیشى

مبتنى بر آموزه‌های اسلامى و درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد توانستند سرمایه روان‌شناختى را در بیماران قلبى عروقى بهبود بخشند و موجب افزایش توانمندی‌های فردى همچون

نسبت به آینده شد که به کوتاه شدن دوره بسترى این بیماران و افزایش رفتارهای سلامتی همچون ورزش کردن و ترک سیگار منجر گردید.

Sajadian و همکاران [۳۳] نشان دادند درمان ACT در بهبود پریشانى روان‌شناختى و متابعت درمانى بیماران کرونر قلبى مؤثر است. Spatola و همکاران [۳۴] گزارش کردند درمان ACT با افزایش احساس مسئولیت و تعهد در فرد به افزایش پیروى از رفتارهای پیشگیرانه و در نتیجه بهبود کارکرد قلبى عروقى منجر مى‌شود. Prevedini و همکاران [۳۵] بیان کردند ACT مى‌تواند در تقویت و بهبود کیفیت زندگى و احساس ارزشمندی بیماران مؤثر باشد.

در درمان ACT، مشاهده احساسات درونى، با تجربه کردن آن‌ها متفاوت است. این مرحله با تعدادى از تمرین‌های توجه آگاهى انجام مى‌شود. هدف اصلی ACT تقویت انعطاف‌پذیرى روان‌شناختى است [۱۷] و به درمان‌جویان این امکان را مى‌دهد که احساس‌های خودشان را بدون قضاوت نگاه کنند، زیرا جنگیدن یا اجتناب از هیجان‌ها، اثر آن‌ها را تشدید مى‌کند. سپس تمرکز خود را از محتوای تجارب به زمینه تجربه‌ها جابجا مى‌کند. ACT بین پذیرش چیزهایی که در کنترل ما نیست و چیزهایی که در کنترل ما هست، تمایز قائل مى‌شود [۱۸-۱۹] درمانگر ACT با این ادعا که مغز به طور طبیعى در تمام روز به وسیله افکار و احساس‌های منفى احاطه شده است، سعی مى‌کند این باور را به چالش بکشد. به بیان دیگر، این تنها کارى است که مغز انجام مى‌دهد. هیچ راهى برای حذف این افکار و احساسات وجود ندارد اما مى‌توان با آنچه تحت کنترل ما نیست و به وسیله ما هدایت نمى‌شود رابطه بهتری ایجاد کرد [۲۰]. از دیدگاه ACT فرایند اصلی که رفتارهای مربوط به مراقبت بهداشتى را از حرکت باز مى‌دارد، آمیختگى شناختى با محتوای افکار و احساسات شخصى و استفاده بیش از حد از اجتناب تجربى است و مداخله‌های ACT با توقف در آمیختگى شناختى و اجتناب تجربى به تقویت اقدامات عملى به بیماران و متخصصان پزشکی کمک مى‌کنند [۲۷].

مطابق دیدگاه مثبت‌نگر و تعالیم اسلام و با تأکید بر خوبی‌ها، درستی‌ها و قوت‌ها، هیجان‌ات مثبت و توانمندی‌ها از

مهناز فاضلی مسئولیت جمع‌آوری داده و نگارش متن و کامکار

خوش‌بینی، خودکارآمدی، امیدواری و تاب‌آوری شوند.

امین امور اطلاعات مربوط به بیماران قلبی را بر عهده داشتند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی بیماران و سازمان‌هایی که در این

پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

سهم نویسندگان

محمدهادی یدالله پور مسئولیت ایده طرح و اصلاحات،

References

1. Busch LY, Pössel P, Valentine JC. Meta-analyses of cardiovascular reactivity to rumination: A possible mechanism linking depression and hostility to cardiovascular disease. *Psych bul* 2017;143(12):1378-1389.
2. van der Ploeg MM, Brosschot JF, Thayer JF, Verkuil B. The implicit positive and negative affect test: Validity and relationship with cardiovascular stress-responses. *Fron psych* 2016;7:425.
3. Tschacher W, Haken H. Intentionality in non-equilibrium systems? The functional aspects of self-organized pattern formation. *N Id Psych* 2007;25(1):1-5.
4. Kones R, Rumana U. Cardiovascular prevention: components, levels, early origins, and metrics. *Hos Pra* 2014;42(3):84-95.
5. An K, Salyer J, Brown RE, Kao HF, Starkweather A, Shim I. Salivary biomarkers of chronic psychosocial stress and CVD risks: a systematic review. *Bio res nur* 2016;18(3):241-63.
6. Renshaw TL, Long AC, Cook CR. Assessing adolescents' positive psychological functioning at school: Development and validation of the Student Subjective Wellbeing Questionnaire. *Sch psych quar* 2015;30(4):534-548.
7. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Per psych* 2007;60(3):541-72.
8. Youssef-Morgan CM, Luthans F. Psychological capital and well-being. *Str Heal* 2015;31(3):180-8.
9. Baron RA, Franklin RJ, Hmieleski KM. Why entrepreneurs often experience low, not high, levels of stress: The joint effects of selection and psychological capital. *J man* 2016;42(3):742-68.
10. Avey JB, Reichard RJ, Luthans F, Mhatre KH. Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Hum res devel qua* 2011;22(2):127-52.
11. Waters LE. *Strength Based Parenting: A New Avenue of Practise and Research in Positive Psychology*. Springer: Cham; 2017: 121-142.
12. Lambert L, D'Cruz A, Schlatter M, Barron F. Using Physical Activity to Tackle Depression: The Neglected Positive Psychology Intervention. *Middle East Journal of Positive Psychology* 2016;2(1):42-60.
13. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being?. *Current directions in psych sci* 2013;22(1):57-62.
14. Thomas MD, McPherson BJ. Teaching positive psychology using team-based learning. *The Journal of Pos Psych* 2011;6(6):487-91.
15. Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Pos psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health* 2013;13(1):119-131.
16. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif* 2005; 29(1): 95-129.
17. Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cog Behav Pract* 2009; 16: 243-52.
18. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy in social phobia of students. *KnI & Heal* 2011; 6(2): 1-5. [Persian]
19. Gutiérrez O, Luciano C, Rodríguez M, Fink BC. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behav Ther* 2004; 35(4): 767-83.
20. Johnston M, Foster M, Shennan J, Starkey N, Johnson A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clin J Pain*. 2010; 26(5): 393-402.

21. Irandoost F, Safari S, Taher Neshatdoost H, Nadi MA. The effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain related anxiety and depression in women with chronic low back pain. *J Behav Sci* 2015; 9(1):1-8. [Persian]
22. BrinkborgH, Michanek J, Hesser H, Berglund G. Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49(6): 389-98.
23. Hosseinaei A, Ahadi H, Fata L, Heidarei A, Mazaheri MM. Effects of group acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on job stress and burnout. *IJPCP* 2013; 19(2): 109-20. [Persian]
24. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz* 2013; 17(3): 275- 86. [Persian]
25. Jonbozorgi M, Gharavi M. Principles of Psychotherapy and Consultation with the Legal Approach, Tehran: Samt; 2016: 48-53. [Persian]
26. Luthans F, Youssef C, Avolio BJ. "Psychological Capital: Developing the human competitive edge". 19th ed. New York: Oxford University Press; 2007: 218-263.
27. Saramiprousan, Gh, Akhundi, N, Alipour, A. Etiquette and Investigating the Factor Structure of the Capitalist Questionnaire in Experts of Iran Khodro Diesel Co. *Journal of Psychological Studies* 2014; 12(1):116-128. [Persian]
28. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. 11th ed. New York: Guilford Press; 1999: 530-568.
29. Kubzansky LD, Huffman JC, Boehm JK, Hernandez R, Kim ES, Koga HK, et al. Positive psychological well-being and cardiovascular disease: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology* 2018;72(12):1382-96.
30. Cohn MA, Fredrickson BL. In search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change. *The journal of positive psychology* 2010;5(5):355-66.
31. Huffman JC, Mastromauro CA, Boehm JK, Seabrook R, Fricchione GL, Denninger JW, et al. Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Hea inter* 2011;6(2):44-56.
32. DuBois CM, Beach SR, Kashdan TB, Nyer MB, Park ER, Celano CM, et al. Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. *Psychoso* 2012;53(4):303-18.
33. Sajjadian I, Rahnema M, Raufi A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Compliance Therapy in Coronary Heart Disease Patients. *NPJ* 2017;12(4):69-83.
34. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, et al. The ACTonHEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Hq lif out* 2014;12(1):22-37.
35. Prevedini AB, Presti G, Rabitti E, Miselli G, Moderato P. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases. *G Ital Med Lav Ergon* 2011;33(1):53-63.

Comparing the Effectiveness of Positive Psychology with an Islamic Approach and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Capital of Cardiovascular Patients

Yadollahpour MH¹, Fazeli Cebria M², Amin Kr³

1-Associate prof, Dept of Cardiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

2-PhD, Dept of Psychology, Islamic Azad University of Gorgan, Gorgan, Iran.

3-Associate prof, Dept of Cardiology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. (Corresponding Author)

Email: kebria54@gmail.com, Tel: 09112160443

Received: 20 May 2019 Accepted: 4 September 2019

Introduction: Cardiovascular disease is a chronic disease that is extremely costly to the affected individual and society. Positive psychology with an Islamic approach and acceptance and commitment therapy (ACT) can be effective in improving the psychological conditions of cardiovascular patients. The purpose of this study was to compare the effectiveness of positive psychology with an Islamic approach and acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological capital of cardiovascular patients.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed on cardiovascular patients referring to Babol medical centers in 2017. Using convenience sampling, 36 patients were selected and randomly placed into three groups (positive psychology with Islamic approach, ACT, and one control group). The participants in the first group (Positive psychology with an Islamic approach) attended 8 training sessions each lasting 90 minutes, and the members of the ACT group participated in 8 training sessions each lasting 100 minutes. The data were collected by the Psychological Capital Questionnaire (Lutans, 2007) that was administered to the participants before, after, and two months after the treatment sessions. The collected data were analyzed using statistical techniques including mean, standard deviation, and multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: There was a significant difference in the linear composition of the psychological capital variables in terms of group membership, the three stages of pre-test, post-test and follow-up, and the interactive effect of the group and time ($p=0.001$). Besides, the two treatment groups (positive psychology with an Islamic approach and ACT) showed significant differences with the control group in terms of the components of psychological capital ($p<0.05$). However, there was no difference between the effectiveness of the two treatment techniques.

Conclusion: Positive psychology training with an Islamic approach and acceptance and commitment therapy (ACT) are effective in improving psychological capital of cardiovascular patients and there is no significant difference between them.

Key words: Psychological capital, Acceptance and commitment therapy (ACT), Cardiovascular disease, Positive psychology

Please cite this article as follows:

Yadollahpour MH, Fazeli Cebria M, Amin Kr. Comparing the Effectiveness of Positive Psychology with an Islamic Approach and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Psychological Capital of Cardiovascular Patients. *Community Health journal* 2019; 13(2): 11-22.

Funding: This research was not funded by any institute.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University (Sari Branch) approved the study. (Ethic Number: IR.IAU.SARI.REC.1396.56).