



## The efficacy of acceptance and commitment therapy and comparing it with cognitive behavioral therapy on coping methods, difficulty in emotion regulation, and mental health among caretakers of chronic patients

Mohaddese Mashoofi, Mina Dolati-khoortomi, Somayeh Faramarzi, Mahnaz Jafari Sayarestaqi, Samira Mansouri & Negar Memarpour asyaban ✉

### Abstract

**Background and Purpose:** Chronic mental illnesses are unidentified and vague disorders, along with recurring periods and psychological symptoms that significantly affect individual's performance. Accordingly, this study was aimed to determine the efficacy of acceptance and commitment therapy and comparing it with cognitive behavioral therapy on coping methods, difficulty in emotion regulation and mental health among caretakers of chronic mental patients. **Method:** The present study is a test with the pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of this study included the caretakers of the chronic mental patients of Karaj in 2021. In this population, 30 were selected (15 people in study groups and 15 people in control groups) by the convenience sampling method and were randomly placed in two study and control groups. The Billings and Mouse coping strategies scale, the difficulties in emotion regulation scale of Gratz and Roemer, 2004, and the general health of GHQ have been used in two pre-test and post-test stages to collect the data. SPSS25 software and inferential statistics test of the multi-variable covariance were used for data analysis. **Results:** Results indicated that there was no significant difference between therapy based on acceptance and commitment and cognitive behavioral therapy in problem-oriented strategic variables ( $F=37.29, P=0.001$ ), emotion-oriented strategy ( $F=18.85, P=0.001$ ), and general health ( $F=74.78, P=0.001$ ) among the two groups under treatment. There was a significant difference between the variable of the difficulty of emotion regulation ( $F=76.55, P=0.001$ ) among the two treatment groups. Therefore, the modified means, the modified average of acceptance and commitment therapy was less than the behavioral cognitive group. **Conclusion:** It seems that both approaches play an essential role in enhancing mental health and coping strategies and difficulty in emotion regulation among caretakers of chronic mental patients.

**Received:** 13.05.2021

**Revision:** 16.09.2021

**Acceptance:** 01.08.2021

### Keywords:

Acceptance and Commitment Based Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Coping Strategies, Difficulty in Emotion Regulation, Mental Health

### How to cite this article:

Mashoofi, M., Dolati-khoortomi, M., Faramarzi, S., Jafari Sayarestaqi, M., Mansouri, S., & Memarpour asyaban, N. The efficacy of acceptance and commitment therapy and comparing it with cognitive behavioral therapy on coping methods, difficulty in emotion regulation, and mental health among caretakers of chronic patients. *Bi-Quarterly Journal of studies and psychological news in adolescents and youth*, 2021, 2(1): 183-195

### Article type

Original research

**1. Mohaddese Mashoofi**, M.A student, General Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran; **2. Mina Dolati-khoortomi**, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran; **3. Somayeh Faramarzi**, B.M of General Psychology, Payam Noor University, Mallard branch, Mallard, Iran; **4. Mahnaz Jafari Sayarestaqi**, M.A student, General Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran; **5. Samira Mansouri**, M.A student, General Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran; **6. Negar Memarpour**, M.A in Child and Adolescent Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

✉ Correspondence related to this article should be addressed to, **Negar Memarpour M.A** in Child and Adolescent Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Email:** memarpour1362@gmail.com

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران مزمن

محدثه مشعوفی، مینا دولتی خرطومی، سمیه فرامرزی، مهناز جعفری سیار ستاقي، سمیرا منصوری، نگار معمارپور آسیابان

### چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های روانی مزمن، اختلالاتی نامعلوم و مبهم، همراه با دوره‌های تکرار شونده و نشانه‌های روانی هستند که عملکرد شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ لذا هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران روانی مزمن بود. روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع آزمایش با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش سرپرستان بیماران روانی مزمن شهر کرج در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر زن (۱۵ گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های شیوه‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس، دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر و سلامت عمومی GHQ در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده گردیده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره، به کمک نرم افزار spss25 استفاده گردید. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در متغیرهای راهبرد مسئله مدار ( $F=37/29, P=0/001$ )، راهبرد هیجان مدار ( $F=18/85, P=0/001$ ) و سلامت عمومی ( $F=74/78, P=0/001$ ) بین دو گروه تحت درمان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در متغیر دشواری در تنظیم هیجان ( $F=76/55, P=0/001$ ) بین دو گروه درمانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت و بر اساس میانگین‌های تعدیل شده میانگین پذیرش و تعهد کمتر از گروه شناختی رفتاری بوده است. نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجان در سرپرستان بیماران روانی مزمن داشته باشند.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۳

اصلاح مقاله: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵

پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

### واژه‌های کلیدی:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان، سلامت روان

### نحوه ارجاع دهی به مقاله:

مشعوفی، م.، دولتی خرطومی، م.، فرامرزی، س.، جعفری سیار ستاقي، م.، منصوری، س.، و معمارپور آسیابان، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران مزمن. *دوفصلنامه مطالعات و تازه‌های روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲(۱): ۱۹۵-۱۸۳

### نوع مقاله:

پژوهشی اصیل

۱. محدثه مشعوفی، دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، موسسه غیر انتفاعی آیندگان، مازندران، ایران؛ ۲. مینا دولتی خرطومی، دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی شخصیت، موسسه غیر انتفاعی آیندگان، مازندران، ایران؛ ۳. سمیه فرامرزی، کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور واحد ملارد، ملارد، ایران؛ ۴. مهناز جعفری سیار ستاقي، دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، موسسه غیر انتفاعی آیندگان، مازندران، ایران؛ ۵. سمیرا منصوری، دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی عمومی، موسسه غیر انتفاعی آیندگان، مازندران، ایران؛ ۶. نگار معمارپور آسیابان، کارشناسی ارشد بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به نگار معمارپور آسیابان، کارشناسی ارشد بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران می‌باشد.

پست الکترونیکی: memarpour1362@gmail.com

## مقدمه

افزایش بیماری‌های مزمن<sup>۱</sup>، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم بهداشتی سراسر جهان است. این مفهوم به بیماری‌هایی اشاره دارد که دوره طولانی‌ای از عمر فرد را در برمی‌گیرند و نمونه‌هایی از آن شامل بیماری‌های قلبی - عروقی، ایدز، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی، دیابت، ناتوانی ذهنی، بیماری‌های گوارشی، اختلالات عصبی - شناختی و بیماری‌های خود ایمنی می‌باشند (پاج و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). بیماری‌های روانی مزمن، اختلالاتی نامعلوم و مبهم، همراه با دوره‌های تکرار شونده و نشانه‌های روانی هستند که عملکرد شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند. در حال حاضر، حدود ۴۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات روانی یا رفتاری رنج می‌برند، یعنی از هر ۴ خانواده حداقل یکی از اختلالات رفتاری یا روانی مواجه می‌شوند (باب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). اعضای خانواده اغلب مراقب و مسئول همه چیز، حمایت جسمانی و هیجانی تا پرداخت هزینه‌های زیاد درمان بیماران خود می‌باشند. مراقبین، اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به آن‌ها به منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند. مراقب می‌تواند همسر، دوست و یا هر یک از خویشاوندان وی باشد. مطالعات انجام شده در ایالات متحده نشان می‌دهند اکثر افرادی که به یک بیماری مزمن مبتلا هستند تحت مراقبت وابستگان قرار می‌گیرند اکثر افرادی که به یک بیماری مزمن مبتلا هستند. تحت مراقبت وابستگان قرار می‌گیرند تا این که مراکز نگهداری یا پرستاران بیگانه مراقبت از ایشان را بر عهده گیرند. اهمیت این امر وقتی آشکار می‌شود که نگاهی به هزینه‌های پرستاری این بیماران بیندازیم. لذا توجه به وضعیت اقتصادی مراقبین این بیماران اهمیت خاصی دارد تا بتوانند از این افراد در خانه پرستاری کنند. بر اساس مطالعات، تجربه‌ی روان‌شناختی مراقبان از بیمار، سلامت جسمانی، رسیدگی به فعالیت‌های روزمره و شرایط اقتصادی مراقبان دچار بحران می‌شود. در

کنار این مشکلات به علت کمبود آموزش لازم در خصوص بیماری و برخوردار نبودن از حمایت اطلاعاتی لازم، مراقبان در انجام وظایف مراقبتی خود احساس ناامیدی، انزوا و شکست می‌کنند (باب، ۲۰۱۹). یکی از مسائلی که از ارتباط مستقیمی با سرپرستان بیماری‌های مزمن برخوردار است، مسئله سلامت روان این افراد است. مفهوم سلامت روان<sup>۴</sup> شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بین فرهنگ‌ها ارائه تعریف جامعه از سلامت روان غیرممکن می‌نماید. با این وجود بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روانی دارد، می‌تواند ضمن احساس رضایت از زندگی با مشکلات به طور منطقی برخورد نماید؛ به عبارت دیگر فرد دارای سلامت روان قادرند در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابند. طبق تعریف فوق، سلامت عمومی به (۱) فقدان نشانه‌های جسمانی، (۲) فقدان اضطراب، (۳) فقدان افسردگی و (۴) سطح متناسب کارکردهای اجتماعی گفته می‌شود. بر این اساس، می‌توان گفت امروزه یکی از رایج‌ترین مدل‌های بررسی سلامت، مدل زیستی روانی اجتماعی است که در آن عوامل زیستی (مانند ویروس‌ها، باکتری‌ها، زخم‌ها و جراحات)، با عوامل روانی (مانند نگرش‌ها، عقاید، خصوصیات شخصیتی و رفتارها) و عوامل اجتماعی (مانند طبقه اجتماعی، اشتغال و قومیت) در تعامل با هم سلامت فرد را تعیین می‌کنند (بزاری و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹). به عبارتی دیگر عوامل سلامت در دو بعد جسمانی و روانی در نظر گرفته می‌شود که توانایی شخص در مقابله با استرس‌های وارد شده یکی از ابعاد مهم سلامت است. این امر، یعنی شیوه‌های که فرد با آن به استرس‌های ادراک شده پاسخ می‌دهد، همان چیزی است که تحت عنوان راهبرد مقابله‌ای<sup>۶</sup> شناخته می‌شود (زو همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های فرد در جهت تغییر، تفسیر و اصلاح موقعیت تنش‌زا به منظور کاهش رنج ناشی از آن موقعیت است که به طور کلی در دو دسته (۱) مسئله مدار و (۲) هیجان مدار

5. Bazazian, Saeedeh and Besharat, Mohammad Ali,  
6. strategies Coping  
7. Zhou, Mingming; Kam, Chester Chun Seng.

1. chronic diseases  
2. Page, Timothy F. Palmer, Richard C  
3. Bopp, Trevor  
4. Mental Health

و شناخت پایه‌ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان‌شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند. بر اساس مقدمه ذکر شده به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی این بیماران و تعیین واکنش‌های شایع و عوارض روانی آن‌ها جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر اهمیت اساسی دارد و با توجه به نرخ بقای بالاتر و زندگی طولانی‌تر در این افراد به درمان‌های شناختی-رفتاری مؤثر و مفید، یک الزام بالینی است. بیشترین کاربرد را داشته است و اثربخشی آن در کاهش اضطراب، افسردگی و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و کاهش فاجعه‌انگاری درد و نشانه‌ها و علائم بیماری گزارش شده است (ریم و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). پیش‌فرض اساسی درمان‌های روان‌شناختی این است که باورها، شناخت‌ها، انتظارات و نحوه نگرش افراد بر میزان احساس درد و توان مدیریت آن تأثیرگذار است (۹). بعلاوه مشخص شده است که نگرش بیماران نسبت به وضعیت کنونی‌شان در چگونگی حل و فصل مشکل مؤثر واقع می‌شود. نگرش بیش از حد منفی نسبت به درد مزمن می‌تواند در (حرکت آسیب‌مجدد) و تقویت نگرش ادامه یافتن مشکلات بیماران نقش عمده‌ای داشته باشد؛ بنابراین، در بحث‌های مربوط به درد مزمن، باورها و نگرش‌های بیمار، ترس از درد و راهبردهای مقابله با درد مزمن، اهمیت زیادی دارد. بعلاوه، بعضی از عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی، خشم، اضطراب، تنش روانی در انتقال درد حاد به درد مزمن تأثیرگذار هستند که استفاده از فنون روان‌شناختی را ضرورت می‌بخشد (خاجه رسولی، دهقانی، جمشیدی فر، ۲۰۱۷). در تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تلاش می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند که عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان

طبقه‌بندی می‌گردد و به عبارت دیگر، راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی - رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند. هدف راهبردهای مسئله مدار تغییر موقعیت فشارزاست و هدف راهبردهای هیجان مدار تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر موقعیت پیش آمده است که باور فرد در این شرایط این است که موقعیت تغییر نخواهد کرد. به عبارتی دیگر، افرادی که از شیوه مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند مشکل را تجزیه کرده و به دنبال راهکاری برای حل اجزاء مختلف مسئله می‌باشند در حالی که استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار غالباً توأم با سرکوب، اجتناب و انزوا است (اسکایویک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). یکی از مؤلفه‌های شناختی مرتبط با این بیماری، تنظیم شناختی هیجان است. به باور گارنفسکی و کرایچ (۱۰)، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشان دهنده‌ی راه‌های کنار آمدن فرد با وضعیت تنش‌زا و اتفاقات ناگوار است. تنظیم شناختی هیجان به فرایندهای درونی و بیرونی که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی هستند اشاره دارد و شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (گروس، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. نقش اختلال تنظیم هیجانی در گسترش و ماندگاری برخی بیماری‌های اختلالات گوارشی عملکردی مشخص شده است. این امر به این دلیل است که مناطق مختلف مغزی که عملکرد روده را تعدیل می‌کنند در تنظیم عواطف شامل خلق و خو، اضطراب، احساسات منفی و درد نیز دخیل هستند (پلیسییر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

از میان درمان‌های روان‌شناختی برای مراقبین که باید از افرادی که بیماری مزمن دارند مراقبت کنند درمان شناختی رفتاری است. رویکرد درمان شناختی رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی‌سازی پاولفی و بر اساس دانش

3. Reme SE, Darnley S, Kennedy T, Chalder

1. Skaalvik, Einar M

2. Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B.

روان مراقبین بیماران مزمن گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در سطح تفاوت دارد. سرپرستانی که از سلامت روان پایین و کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای نامناسبی رنج می‌برند، باعث بدتر شدن علائم و عود بیماری می‌شوند؛ بنابراین لازم است در مراقبت از سرپرستان از مداخلات روان‌شناختی مؤثری استفاده شود تا رنج و ناراحتی آن‌ها را کاهش دهد همچنین با بررسی تجربیات انجام شده در خارج و داخل بروی مراقبان نشان می‌دهد که مراقبت از یک بیمار روانی مزمن هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و جسمانی برای فرد مراقب متحمل می‌شود. بیماران بیشترین وقت خود را با سرپرستان خود می‌گذرانند، سلامتی روانی و جسمانی و همین در کیفیت زندگی مراقب تأثیر بسزایی بر بهبودی و کیفیت مراقبت دارد و از سوی دیگر تجربیات کمی وجود دارد که نشان دهد مداخلات روان‌شناختی مؤثری روی مراقبان انجام شده تا بتواند راهبردهای مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روانی را در سرپرستان بهبود دهد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این است که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران مزمن شهر کرج مؤثر است؟

دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر و مقیاس سلامت عمومی GHQ مورد آزمون قرار گرفتن.

### ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: این پرسشنامه توسط موس و بیلینگ (به نقل از زحمتیار، ۱۳۸۸) تهیه شده است. ساختار نظری آن بر اساس طبقه‌بندی و تعریف لازاروس و فولکمن (۱۹۸۰) از راهبردهای مقابله‌ای استوار است. بیلینگ و موس (به نقل از اکبری، ۱۳۸۲) ۱۹ پاسخ رویارویی و مقابله را مشخص کردند که به روش‌های متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان تقسیم شده بود. حیطة متمرکز بر مسئله، شامل ۱۳ سؤال و حیطة متمرکز بر هیجان نیز شامل ۶ سؤال بود که به صورت بلی یا خیر (صفر و یک) پاسخ داده شدند.

حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد؛ بنابراین، شیوه اصلی درمان ACT مواجهه سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که پیش‌تر از آن‌ها اجتناب شده است (هیس، استروساهی، ویلسون، ۲۰۱۵). برخی از مطالعات اخیر نشان داده‌اند از جمله مطالعه آقار و همکاران (۱۳۹۹) که درمان شناختی رفتاری بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان تأثیر معناداری دارد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان به‌جز در مؤلفه‌های پذیرش، نشخوار، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی تأثیر معناداری دارد. بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین بهروز و همکاران (۱۳۹۵) نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات کلی سبک‌های مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) وجود دارد و در پژوهش حر و منشی (۱۳۹۶) نشان دادند که بین پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معناداری وجود دارد همچنین پژوهش (بنی هاشمی و همکاران) کیفیت زندگی، شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه و سلامت

### روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش سرپرستان بیماران روانی مزمن شهر کرج در سال ۱۴۰۰ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر زن (۱۵ گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای ملاک‌های ورود شامل موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم و بالاتر، داشتن سن بالاتر از ۲۰ و کمتر از ۶۰ سال بود و معیارهای خروج شامل شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از دو جلسه. دو گروه قبل و بعد از مداخله با مقیاس شیوه‌های مقابله‌ای بیلینگ و موس، پرسشنامه

بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است. این پرسشنامه از ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکار کردی اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. از مجموع نمرات یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار زیر مقیاس فوق بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است (اسمعیلی نسب، ۱۳۸۳). زیرمقیاس اول (A): مربوط به خرده آزمون نشانه‌های جسمانی که از سؤال ۱ تا ۷ را شامل می‌شود. شامل پرسش‌هایی درباره احساس فرد پشت به وضع سلامت خود و احساس خستگی اوست و نشانه‌های بدنی را در بر می‌گیرد. این زیرمقیاس، دریافت‌های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی‌های هیجانی همراه‌اند، ارزشیابی می‌کنند. مواد مربوط به این زیرمقیاس در پرسشنامه با حروف A مشخص شده‌اند. زیرمقیاس دوم (B): مربوط به خرده آزمون نشانه‌های اضطراب و بی‌خوابی که از سؤال ۸ تا ۱۴ را شامل می‌شود. شامل پرسش‌هایی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط هستند. هفت ماده مربوط به این زیرمقیاس در پرسشنامه با حرف B مشخص شده‌اند. زیرمقیاس سوم (C): مربوط به خرده آزمون نشانه‌های اختلال کارکرد اجتماعی که از سؤال ۱۵ تا ۲۸ را شامل می‌شود. گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجند و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. هفت ماده مربوط به این زیرمقیاس در پرسشنامه با حرف C متمایز شده‌اند. زیرمقیاس چهارم (D) مربوط به خرده آزمون نشانه‌های اختلال افسردگی که از سؤال ۲۲ تا ۲۸ را شامل می‌شود. دربرگیرنده پرسش‌هایی است که با افسردگی وخیم و گرایش شخص به خودکشی مرتبط هستند و هفت ماده متمایز کننده آن در پرسشنامه با حرف D مشخص شده‌اند. نمره کل هر فرد از جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید (اسمعیلی نسب، ۱۳۸۲). نمره‌گذاری از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می‌سنجد. برای جمع‌بندی

موس و بیلینگ میزان پایایی از روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۰ و از پایایی درونی برای مقیاس‌های ذکر شده از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه توسط غفوری (به نقل از شاکری، ۱۳۸۵) ۰/۷۸ ذکر شده است. پورشهباز ضریب اعتبار این پرسشنامه را به روش تنصیف ۰/۷۸ گزارش کرده است (زحمتیار، به نقل از شاکری، ۱۳۸۵). در این پژوهش میزان پایایی با استفاده از روش تضعیف ۰/۶۷ به دست آمده است.

**۲. پرسشنامه دشواری در نظم‌بخشی هیجانی (DERS):** این مقیاس توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شده است. این مقیاس از ۳۶ گویه تشکیل شده است که نمره‌گذاری گویه‌ها در آن از طریق یک درجه بندی لیکرت صورت می‌گیرد، نمرات بالاتر نشان دهنده دشواری بیشتر در نظم‌بخشی هیجان است و از ۶ خرده مقیاس پذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی دسترسی محدود به راهبردهای نظم‌بخشی هیجانی و ابهام هیجانی تشکیل شده است. ضریب پایایی کل مقیاس با استفاده از روش‌های هیجانی درونی ۰/۹۳ و برای هر کدام از شش زیر مقیاس دشواری هیجان بخشی ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ به دست آمده است. در بررسی ساختار عاملی ویژگی روان‌سنجی مقیاس DERS در جمعیت ایرانی که توسط خانزاده و همکاران (۱۳۹۰) روی دانشجویان شیراز صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها، بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۶ و ضریب پایایی باز آزمایی پس از یک هفته باز آزمون، بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ در نوسان بود.

**۳. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ):** پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است که برای شناسایی افراد با تشخیص بیماری روانی به کار می‌رود. پرسشنامه سلامت عمومی، ناراحتی‌هایی با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می‌کند و نسبت به بیماری‌های گذرا که ممکن است بدون درمان شفا یابند حساس است. نسخه‌ی ارائه شده در این پژوهش، ۲۸ سؤال است. نمره‌ی بالا در این آزمون، بیانگر وجود بیماری و نمره‌ی پایین، بیانگر عدم

## روش اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق آنچه ذکر گردید)، سرپرستان بیماران مزمن انتخاب شده (۳۰ زن) به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی دریافت نموده‌اند. این در حالی است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکردند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق پژوهشی از شرکت‌کنندگان خواسته شد که با میل و رغبت خود در تحقیق و جلسات آموزشی شرکت کنند و شرکت در تحقیق کاملاً اختیاری است. همچنین به شرکت‌کنندگان مایل به شرکت در تحقیق گفته شد که اطلاعات آن‌ها نزد محقق / محققان محرمانه باقی خواهد ماند. در این پژوهش از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و از آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است؛ و برای تحلیل داده‌ها در نرم افزار Spss.22 استفاده شده است.

نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق می‌گیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است (گنجی و براهنی، ۱۳۹۰)؛ پایایی: نجفی و همکاران (۱۳۷۹) پایایی آزمون سلامت عمومی را با روش آزمون - مجدد برابر ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین حساسیت ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه‌بندی با نقطه برش ۲۲ را به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۲۰ و گزارش کردند. چيونگ و اسپيرز<sup>۱</sup> (۱۹۹۴)، ضریب پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی به روش باز آزمایی را ۰/۴۷ گزارش کرده است که در سطح  $P=0/05$  عادی، معنی‌دار است. علاوه بر ضریب آلفا برای کل مقیاس، برابر ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بد کارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۶، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی: نتایج مطالعه‌های که در مورد دانشجویان ایرانی انجام شد، حاکی از اعتبار این پرسشنامه در میان آنان بود (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰)، آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پرسشنامه ۰/۹۱؛ و ضریب روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه مشکلات زندگی دانشجویان، ۰/۵۸ محاسبه شده است (جعفری، صدری و فتحی مقدم، ۱۳۸۶). مولوی (۲۰۰۳) اعتبار و پایایی باز آزمایی این آزمون را ۰/۸۶ گزارش کرده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناختی رفتاری

جلسات	اهداف و محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان وضع قراردادها.
جلسه‌ی دوم	تعریف و تشریح مفهوم استرس ادراک شده و عوامل ایجادکننده آن در بیماری سرپرستان بیماران مزمن
جلسه‌ی سوم	تعریف و تشریح مفهوم ارتقای معنای زندگی و عوامل ایجادکننده آن در بیماری سرپرستان بیماران مزمن
جلسه‌ی چهارم	بیان پیامدهای جسمانی و روانی استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی برای سرپرستان بیماران مزمن
جلسه‌ی پنجم	درخواست از سرپرستان بیماران مزمن برای بیان کردن استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی که در طی ابتلا به بیماری سرپرستان بیماران مزمن تجربه کرده‌اند و در میان گذاشتن تجربشان برای یکدیگر.
جلسه‌ی ششم	تشریح افکار خودآیند منفی مرتبط با استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی در طی بیماری برای سرپرستان بیماران مزمن بر اساس مدل ABCD ایس.
جلسه‌ی هفتم	درخواست از سرپرستان بیماران مزمن برای بیان افکار خودآیند منفی‌شان در طی تجربه مراقبت از بیمارشان برای یکدیگر در گروه و دادن. تکالیف خانگی برای مشخص نمودن محتوا و میزان افکار خودآیند منفی.
جلسه‌ی هشتم	آموزش دادن به سرپرستان بیماران مزمن در خصوص تشخیص افکار خودآیند منفی،

جلسه‌ی نهم	آموزش به سرپرستان بیماران مزمن در خصوص روش‌های مقابله افکار خودآیند منفی، پاسخ‌های احتمالی به این افکار و نحوه جایگزین ساختن این افکار با افکار مثبت است.
------------	---

جدول ۲. خلاصه جلسات برنامه مداخله بر مبنای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مبتنی بر الگوی باند و هیز، ۲۰۱۱).	
جلسات	اهداف و محتوای جلسات
جلسه‌ی اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تکلیف خانگی، فهرست نمودن ۳ تا ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که سرپرستان بیماران مزمن در زندگی با آن مواجه هستند (اضطراب، افسردگی و احساس ناتوانی در انجام کارها)
جلسه‌ی دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش خود. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.
جلسه‌ی سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که سرپرستان بیماران مزمن موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
جلسه‌ی چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که سرپرستان بیماران مزمن موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
جلسه‌ی پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط بازمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که سرپرستان بیماران مزمن قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
جلسه‌ی ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها
جلسه‌ی هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.
جلسه‌ی هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.

### یافته‌ها

مباحث اختلافات آزمودنی است از تحلیل کوواریانس به منظور کنترل آماری متغیر اختلافات اولیه (پیش آزمون) استفاده شد. با توجه به اینکه طرح این پژوهش، پیش آزمون-پس آزمون است و هدف از اجرای پیش آزمون کنترل آماری متغیر

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها						
متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
راهبرد مسئله مدار	پذیرش و تعهد	۶/۲۰	۱/۹۷	۹/۲۰	۲/۴۲	
	شناختی رفتاری	۵/۸۰	۲/۰۰	۸/۵۳	۲/۲۶	
	کنترل	۶/۴۶	۱/۷۶	۶/۴۰	۲/۱۹	
راهبرد هیجان مدار	پذیرش و تعهد	۵/۲۰	۰/۸۶	۲/۶۶	۱/۳۴	
	شناختی رفتاری	۴/۶۰	۱/۳۷	۲/۸۰	۱/۳۷	
	کنترل	۴/۸۰	۱/۴۰	۴/۵۳	۱/۴۰	
تنظیم هیجان	پذیرش و تعهد	۱۳۷/۲۶	۱۱/۷۳	۱۲۵/۲۶	۱۱/۳۲	



۱۲۷/۶۲	۱۰/۸۲	۱۲۵/۵۳	۱۰/۹۴	۱۳۴/۶۰	شناختی رفتاری	
۱۳۶/۷۸	۵/۸۳	۱۳۸/۰۰	۵/۷۴	۱۳۷/۸۰	کنترل	
۵۷/۵۵	۵/۴۰	۵۷/۷۳	۴/۹۴	۶۵/۸۶	پذیرش و تعهد	سلامت عمومی
۵۸/۸۰	۵/۶۹	۵۷/۲۰	۵/۵۲	۶۴/۰۶	شناختی رفتاری	
۶۵/۰۴	۵/۰۴	۶۶/۴۶	۴/۴۶	۶۷/۰۶	کنترل	

عمومی از توزیع نرمال برخوردارند ( $P>0.05$ ). نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در ۳ متغیر راهبردهای مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی در دو گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $P>0.05$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که واریانس متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی در گروه‌ها برابر است ( $P>0.05$ ). نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است. ( $\text{Box M} = 15.27, F=0.66, P \leq 0.87$ ).

بر اساس داده‌های جدول ۱ که میانگین و انحراف معیار متغیرهای راهبردهای مسئله مدار و هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی را در سه گروه مورد مطالعه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین متغیر راهبردهای مسئله مدار در دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل بیشتر و میانگین‌های متغیرهای راهبرد هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی در دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کمتر شده است. برای مقایسه تأثیر دو روش درمانی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است که قبل از انجام تحلیل مفروضه‌های مربوط به این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کلموگراف اسمیرنوف نشان داد هر سه متغیر راهبردهای مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (اثر پیلایی) برای بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر روی متغیرهای وابسته				
ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig
۰/۹۷	۸/۵۶	۸	۷۲	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۵. تأثیر مداخله‌های درمانی تعهد و پذیرش و شناختی رفتاری بر کیب خطی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی مؤثر بوده است ( $\text{pillai's trace} = 0.97, F(8,72)$ )

بر اساس نتایج جدول ۵. تأثیر مداخله‌های درمانی تعهد و پذیرش و شناختی رفتاری بر کیب خطی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی مؤثر بوده است ( $\text{pillai's trace} = 0.97, F(8,72)$ )

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد مطالعه							
متغیرهای وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	توان آزمون (اندازه اثر)
راهبرد	پیش آزمون	۱۷۲/۹۲	۱	۱۷۲/۹۲	۱۵۵/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰
مسئله مدار	عضویت گروهی	۸۲/۹۹	۲	۴۱/۴۹	۳۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۴۲/۲۸	۳۸	۱/۱۱			
	پیش آزمون	۳۳۱/۸۸	۱	۳۳/۸۸	۳۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴

راهبرد	عضویت گروهی	۴۱/۶۷	۲	۱/۱۰	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
هیجان مدار	خطا	۴۱/۹۹	۳۸					
تنظیم	پیش آزمون	۳۵۲۲/۶۵	۱	۳۵۲۲/۶۵	۵۴۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰
هیجان	عضویت گروهی	۱۱۸۶/۰۱	۲	۷/۷۴	۷۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	خطا	۲۹۴/۳۷	۳۸					
سلامت	پیش آزمون	۱۰۵۳/۷۵	۱	۱۰۵۳/۷۵	۳۴۲/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱/۰۰
عمومی	عضویت گروهی	۴۶۰/۶۹	۲	۳/۰۸	۷۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	خطا	۱۷//۰۴	۳۸					

دشواری در تنظیم هیجان با  $(F(2, 38) = 76.85, p < .01, \eta^2 = .80)$ ، در سلامت عمومی با  $(F(2, 38) = 74.78, p < .01, \eta^2 = .79)$  تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی دار بوده است. برای مقایسه‌های چندگانه از آزمون تعقیبی بینفرونی استفاده شد.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری (جدول ۶) بعد از حذف اثر پیش آزمون در متغیر راهبرد مسئله مدار با  $(F(2, 38) = 37.29, p < .01, \eta^2 = .66)$ ، در متغیر راهبرد هیجان مدار با  $(F(2, 38) = 18.85, p < .01, \eta^2 = .49)$ ، در

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین‌های نمرات متغیرهای مورد مطالعه در ۳ گروه				
متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
راهبرد مسئله مدار	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	۰/۲۲	۰/۴۰	۰/۵۸
	پذیرش و تعهد- کنترل	۳/۰۶	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری- کنترل	۲/۸۳	۰/۴۰	۰/۰۰۱
راهبرد هیجان مدار	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	-۰/۵۹	۰/۴۰	۰/۱۵
	پذیرش و تعهد- کنترل	-۲/۳۲	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری- کنترل	-۱/۷۲	۰/۴۰	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	-۳/۲۳	۱/۰۷	۰/۰۰۵
	پذیرش و تعهد- کنترل	-۱۲/۳۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری- کنترل	-۹/۱۵	۱/۰۶	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	-۱/۲۵	۰/۶۷	۰/۰۷۲
	پذیرش و تعهد- کنترل	-۷/۴۸	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	شناختی رفتاری- کنترل	-۶/۲۳	۰/۶۷	۰/۰۰۱

دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی بهتر بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در بهبود استفاده از راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی افراد مؤثر بوده است. در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و سلامت عمومی بین دو گروه تحت درمان (پذیرش و تعهد و شناختی و رفتاری) اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار،

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۷) در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی بین دو گروه تحت درمان (پذیرش و تعهد و شناختی و رفتاری) با گروه کنترل اختلاف معنی داری وجود داشت  $(P < 0.01)$ . بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار،

راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و سلامت عمومی تقریباً یکسان بوده است. در متغیر دشواری در تنظیم هیجان بین دو گروه درمانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت و بر اساس میانگین‌های تعدیل شده میانگین پذیرش و تعهد کمتر از گروه شناختی رفتاری بوده است در نتیجه تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش دشواری در تنظیم هیجان بیشتر از درمان شناختی رفتاری بوده است. درمان شناختی رفتاری با درهم شکستن چرخه معیوب افکار و هیجان و با کاهش نشخوار فکری، آموزش حل مسئله، آموزش تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای سازگار هیجان زمینه را برای بهبود تنظیم شناختی هیجان فراهم می‌کنند. در پژوهش حاضر با توجه به محتوای به کار گرفته شده در درمان و با توجه به این نکته نیز که قسمتی از درمان شناختی رفتاری اجرا شده بر تنظیم سازگاران و آموزش راهبردهای هیجان تأکید داشت، انتظار تعدیل باعث رفتاری شناختی درمان که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان شود. این درمان می‌تواند با آگاهی دادن و کمک به بازسازی شناختی، کنترل هیجانات مثبت را جایگزین هیجانات منفی کند. از آنجا که بین افکار، احساسات و رفتار ارتباط وجود دارد و افکار منفی باعث برانگیختگی هیجانی و اختلال در عملکردهای آن‌ها می‌شود، این افراد با یادگیری راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان می‌آموزند تا با بیماری‌شان مواجه شوند، قضاوت خود را در مورد بیماری‌شان مورد ارزیابی مجدد قرار دهند، به جای سرکوب هیجانات خود خطاهای شناختی را بیاموزند، به صورت هشیارانه احساسات و افکار خود را بپذیرند و با جایگزین کردن افکار و موضوعات لذت‌بخش به جای تفکر درباره‌ی این رویداد منفی زندگی‌شان، تحمل بیشتری جهت مقابله با بیماری خود و عوارض ناشی از آن داشته باشند. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (گرانسکی، بان و کراج، ۲۰۰۵). در جلسات درمانگری شناختی رفتاری از آن جا که فرد متوجه روان بنه‌های معیوب خود می‌شود، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده می‌گیرد و با تعدیل یا اصلاح آن‌ها و ارزیابی مجدد مثبت

وجود نداشت ( $P < 0.01$ ). در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی در بهبود متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و سلامت عمومی تقریباً یکسان بوده است. در متغیر دشواری در تنظیم هیجان بین دو گروه درمانی با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۵ اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0.01$ ). بر اساس میانگین‌های تعدیل شده میانگین پذیرش و تعهد کمتر از گروه شناختی رفتاری بوده است در نتیجه تأثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش دشواری در تنظیم هیجان بیشتر از درمان شناختی رفتاری بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران مزمن شهر کرج، نتایج این مطالعه نشان داد که: در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی بین دو گروه تحت درمان (پذیرش و تعهد و شناختی و رفتاری) با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت. بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی بهتر بوده است در نتیجه هر دو مداخله درمانی پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری در بهبود استفاده از راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی افراد مؤثر بوده است. در توافق با نتایج این مطالعه، از جمله مطالعه آقار و همکاران (۱۳۹۹)، بهروز و همکاران (۱۳۹۵)، حر و منشئی (۱۳۹۶)، پژوهش (شهبازی، ۱۳۹۸)، با پژوهش حاضر همخوان می‌باشند.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان دریافت که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار و سلامت عمومی بین دو گروه تحت درمان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در نتیجه تأثیر هر دو مداخله درمانی در بهبود متغیرهای

استفاده از راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در آن‌ها افزایش می‌یابد. در این رابطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ممکن است به دو طریق عمل کند: ترغیب را افراد روش مشاهده که سازنده فرایندهای ذهنی خود باشند؛ افکار خود انتقادی و قضاوت کننده را ببینند و بپذیرند و سعی در تمرکز روی آن‌ها نداشته باشند؛ همچنین، ممکن است این روش، وسعت بروز افکار ناکارآمد را که در پاسخ به نوسانات خلقی بروز می‌یابند را محدود سازند و تأکید بر پذیرش خود ممکن است منجر به ارزیابی مجدد افکار گردد. پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (برون، ریان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵)؛ بنابراین، آموزش‌های پذیرش و تعهد باعث می‌گردد که آنان احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود و در نتیجه منجر به کاربرد راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان می‌شود. تمرینات مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودآگاهی و هوشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی موجب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات را می‌شکند و فرد بیشتر در حال زندگی می‌کند و فرایند شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌گردد و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. وقتی فرد بتواند الگوهای واکنش دهی از روی عادت و اغلب که دارد وجود زیادی احتمال کند، کنترل را خود منفی کارکردهای خود نظم‌بخشی بروز کنند که به عنوان کارکردهایی سالم‌تر، متعادل‌تر و معقول‌تر محسوب می‌شوند. از سویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد این توانایی را می‌دهد تا توجه انتخابی خود را به مسائل در هر لحظه معطوف کنند یا نه؛ بنابراین، با یادگیری تکنیک‌های توجه لحظه‌به‌لحظه‌ای که در این درمان وجود دارد، افراد از دادن کوشش‌هایی در جهت توجه گردانی معاف می‌شوند و استفاده از راهبردهای شناختی

روی مشکلات خود به مهارگری آن‌ها و همچنین ارتقای وضعیت مقابله‌ای خود کمک می‌کند. بازسازی شناختی که یکی از مؤلفه‌های شناختی رفتاری است و آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌تواند به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالف ورزی با افکار خودکار ناکارآمد و در نتیجه حل مسئله برنامه‌ریزی شده گردد و از این طریق، به افزایش استفاده از راهبردهای نظم جویی کارآمد منتهی گردد؛ بنابراین می‌توان گفت نظم جویی هیجان از طریق تسهیل دسترسی فرد به منابع مقابله‌ای سبب مدیریت و نظم-برانگیختگی جویی هیجان می‌شود. در این صورت میزان دسترسی به راهبردهای سازش یافته برای مدیریت برانگیختگی هیجان افزایش می‌یابد که می‌تواند از علت افزایش نمرات باشد. از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به جای سرکوب هیجانات و چالش و حل و فصل خطاهای شناختی آموزش داده می‌شود. بدین ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل انتظار است. همچنین درمان شناختی رفتاری در سلامت روان سرپرستان بیماران مزمن تأثیر زیادی داشته است به طوری که این درمان در روحیه مراقبین که مشکلاتی زیادی را باید در هنگام سرپرستی بیمارانشان تحمل کنند بسیار مهم و تأثیرگذار است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معتقد است که شکل خاصی از کیفیت آگاهی منجر به شناخت می‌گردد و در برابر آن تغییر کیفیت آگاهی می‌تواند فرد را از نوع تفکر برهاند. بر طبق این درمان، اغلب افراد در تجارب درونی درگیر هستند و به نظر می‌رسد که بخشی در اثر برداشت فراتر از واقعیت و بخشی در اثر قضاوت در مورد تجارب درونی و نفرت از این تجارب و تفکرات است. بدین ترتیب، به جای اینکه فرد تنها خشم را تجربه کند، خشمگین می‌شود، از خشم نفرت پیدا می‌کند و آرزو می‌کند که خشم از او دور شود. برعکس، این پاسخ‌ها افراد را بیشتر در هیجانات خود گیر می‌اندازد و بیشتر تلاش می‌کند که از آن‌ها اجتناب کند (رومر، اورسیلو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، با تغییر کیفیت آگاهی افراد می‌توان دید که

1. Roemer, Orsillo

2. Brown, Ryan

بنی هاشمی، سارا؛ حاتمی، محمد؛ حسنی، جعفر؛ صاحبی، علی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۲(۲): ۶۳-۷۶.

زحمتیار، حاجیه (۱۳۸۸). بررسی رابطه عوامل شخصی و حمایت اجتماعی با توان مقابله با استرس نوجوانان مراکز شعبه خانواده، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

حر، مریم؛ منشی، غلامرضا (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان.

Bazazian, Saeedeh and Besharat, Mohammad Ali(2009), Comparison of emotional intelligence, mental and journal of Applied Psychology, 3(1). Pp. 7-26. [Persian].

Bopp, Trevor(2019); Stollefson, Michael; Weatherall, Brittany; Spratt, Susannah. Promoting Physical Literacy for Disadvantaged Youth Living with Chronic Disease. *American Journal of Health Education*. v50 n3 p153-158.

Bazazian, Saeedeh and Besharat, Mohammad Ali, Comparison of emotional intelligence, mental and journal of Applied Psychology. (2009), 3(1). Pp. 7-26. [Persian].

Hayes, S. C. Strosahl, K.D. Wilson, K.G(2014). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.

Gross JJ(2015). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*;39(3):281-91.

Khajehrasooli M, Dehghani M, Jamshidifard A(2017). The Relationship between Psychological Dimensions of Negative Mood, Fear of Pain and Movement Disability in patients with Spinal Chronic Pain. *J Res Psycho Health*.11(2):3-49.

Page, Timothy F. Palmer, Richard C(2014). Cost Analysis of Chronic Disease Self-Management Programmes Being Delivered in South Florida. *Health Education Journal*, v73 n2 p228-236.

Pellissier S, Dantzer C, Canini F, Mathieu N, Bonaz B(2016). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*.35(5):653-62.

Reme SE, Darnley S, Kennedy T, Chalder T(2015). The development of the irritable bowel

مثبت افزایش می‌یابد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به سازوکارهای تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه ارتباط با زمان حال و عمل متعهدانه درمانی جامعه است که جنبه‌های شناختی رفتاری نیز دارد و می‌تواند روش کارآمدی در بهبود سلامت روان و شیوه‌های مقابله‌ای در سرپرستان مراقبین بیماران مزمن باشد. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان مداخله‌های گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به طور موفقیت‌آمیزی برای افزایش شیوه‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در سرپرستان بیماران مزمن به کار گرفت. لازم به ذکر است که این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود که عبارت‌اند از: با توجه به محدودیت‌های زمانی و مکان اجرای پژوهش، محسوب می‌شد. به منظور تأیید نتایج این پژوهش اجرای این پژوهش در سایر شهرهای کشور به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این شیوه‌های درمانی بر سایر بیماری‌های روان‌تنی مورد بررسی قرار گیرد و جهت بومی‌سازی این روش درمانی پژوهش‌هایی صورت گیرد. به نظر می‌رسد بیماران با استعاره‌های درمان ارتباط بسیار خوبی برقرار می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود دامنه‌ی وسیع‌تری از استعاره‌ها جمع‌آوری و در درمان استفاده شود.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

آقار، صدیقه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مقایسه آن با درمان شناختی رفتاری بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۲: ۲۴۷-۲۴۵.

بهروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری زاده، نسرین؛ فرهادی، مهران (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. *سلامت و بهداشت اردبیل*، ۲(۲): ۲۳۶-۲۵۳.

syndrome-behavioral responses questionnaire. Journal of psychosomatic research.69(3):319-25.

Skaalvik, Einar M(2018). Mathematics Anxiety and Coping Strategies among Middle School Students: Relations with Students' Achievement Goal Orientations and Level of Performance. Social Psychology of Education: An International Journal. v21 n3 p709-723.

Zhou, Mingming; Kam (2017), Chester Chun Seng. Trait Procrastination, Self-Efficacy and Achievement Goals: The Mediation Role of Boredom Coping Strategies. Educational Psychology, v37 n7 p854-872.

