



## مقایسه اثر بخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی

دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی  
استاد، گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی  
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

رضا رحیمی<sup>id</sup>

حسن احدی\*<sup>id</sup>

بیوک تاجری<sup>id</sup>

انیس خوش لهجه صدق<sup>id</sup>

drahadi5@gmail.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۱۵

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۲

فصلنامه علمی پژوهشی  
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۴۰  
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۴ پایانی ۱۸ | ۵۹۴-۶۱۱  
پاییز ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(رحیمی و همکاران، ۱۴۰۲)

### در فهرست منابع:

رحیمی، رضا، احدی، حسن، تاجری، بیوک، و خوش لهجه صدق، انسیه. (۱۴۰۲). مقایسه اثر بخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۴)، ۵۹۴-۶۱۱.

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شیوه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری و جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر رفسنجان که نمره بالایی از پرسشنامه نشانه‌های استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۹۳) و پرسشنامه درد مزمن ملزاک و همکاران (۱۹۷۵) بود ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین و انتخاب شدند. گروه آزمایش اول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وولز و همکاران (۲۰۰۷) و گروه آزمایش دوم درمان هیجان مدار گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۸) را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت گرفتند. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت، سن و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p > 0/05$ ). همچنین، هر دو روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان محور در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش میزان استرس، درد مزمن شده و پیروی از درمان را در سالمندان دیابتی افزایش می‌دهد ( $p < 0/001$ ) و بین دو روش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p > 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان محور بر بهبود استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی نسبت به گروه کنترل مؤثر می‌باشد. **کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان محور، استرس، درد، پیروی از درمان.

با در نظر گرفتن این که جامعه سالمندی هم در جهان و هم در ایران بخش قابل توجهی از جمعیت را تشکیل می‌دهد و هرساله نیز رو به افزایش است، اهمیت بررسی سلامت روانی آن بیش از پیش مشخص می‌شود. این گروه به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض استرس‌های فراوان قرار دارند (لشنی، ۲۰۱۳). از طرفی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد درمان‌های ترکیبی یعنی پزشکی، دارویی و روان درمانی بهتر از درمان دارویی صرف است (مرشدی و همکاران، ۱۳۹۵). یکی از درمان‌های غیردارویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را برای درد مزمن در میان افراد سالمند نشان می‌دهد (بردی و همکاران، ۲۰۲۰). پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی رفتاری موج سوم است که هدف آن افزایش مشارکت در فعالیت‌هایی است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد مبتلا به درد یا ناراحتی مداوم را فراهم می‌کند (پائولینی و همکاران، ۲۰۲۰) و به نظر می‌رسد برای جمعیت سالمند مناسب باشد زیرا بسیاری از افراد مسن‌تر ممکن است به دلیل آگاهی از زمان محدود زندگی، جهت‌دهی ارزشی خود را داشته باشند (میرک و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین، درمان هیجان محور نیز یک درمان توانبخشی است که هدفش شناخت احساسات و تبدیل آنها به پیام‌های قابل فهم و رفتارهای سازنده می‌باشد. درمان هیجان مدار یکی از شیوه‌های درمانی می‌باشد که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب‌پذیری هیجانی عمیق توجه دارد. این روش بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود تلاش می‌نماید (مرشدی و همکاران، ۱۳۹۳). این درمان، در اولین گام، سبک ارتباطی را ارزیابی می‌کند و پس از آشکار شدن پاسخ‌ها، این سبک برای فرد مشخص می‌شود و پیامدهای آن نشان داده می‌شود تا افراد بتدریج در تشخیص و بهبود احساسات سرکوب شده و ظریف که باعث تداوم منفی می‌شوند، موفق باشند. چرخه ارتباط تأکید بر درمان متمرکز بر احساسات بر روش‌های دلبستگی سازگار و ایمن از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل به نیازهای خود و دیگران است (اسمری و همکاران، ۱۴۰۰). کشور ما نیز به عنوان یکی از کشورهای در حال توسعه از این تغییرات جمعیتی مستثنی نیست. از جمله بیماری‌های شایع در بین قشر سالمندان همه‌گیری دیابت است که یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر و ناتوانی و یکی از نگرانی‌های در حال تشدید بهداشت عمومی در دنیاست (ایران دوست و همکاران، ۱۳۹۲). علاوه بر شیوع و بروز دیابت شیرین در تمام دنیا و افزایش شیوع آن از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴٪ در سال ۲۰۲۵، عوارض جدی آن مانند رتینوپاتی، نوروپاتی، پای دیابتی، قطع عضو غیر تروماتیک، اترواسکلروز، اختلالات کلیوی از علل توجه ویژه دولت‌ها به این بیماری است (راسو و همکاران، ۱۳۹۷). شیوع دیابت در ایران در سال ۲۰۰۵، حدود ۷/۷ درصد معادل ۲ میلیون نفر بوده و پیش‌بینی می‌شود در صورت ادامه روند جاری، در سال ۲۰۲۵ به حدود ۵/۲ میلیون مورد بیمار برسد (هولبرت-ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۵). دردی که برای یک دوره زمانی طولانی مدت (یعنی سال‌ها و ماه‌ها) ادامه دارد که فرآیندی از بیماری را شامل می‌شود یا با آسیب بدنی همراه است که در طول زمان رفع نمی‌شود و ممکن است به عنوان درد مزمن یکی از شایع‌ترین شکایات جهانی به ویژه در میان افراد مسن ۶۵ سال و بالاتر می‌باشد (هولبرت-ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۵). و بر اساس گزارش سالانه مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری در هر ۴ سال یک بزرگسال گزارش می‌دهد که از دوره طولانی مدت درد در ماه گذشته رنج برده است و از هر ۱۰ بزرگسال یک نفر دردی که برای یک‌سال یا بیشتر طول می‌کشد را گزارش می‌کند (حسن آبادی و همکاران، ۱۳۹۰).

بین شدت درد و استرس ادراک‌شده ارتباط وجود دارد و درد سبب استرس ادراک‌شده بیشتر می‌شود (بهوونیک، ۲۰۲۰). با توجه به بیماری‌های شایع در بین سالمندان، روان‌شناسان استرس را انتظار انطباق، مقابله و سازگاری از سوی ارگانیزم تعریف کرده‌اند (رودیتی و رابینسون، ۲۰۱۱). یکی از مسائل مهم بهداشتی محسوب می‌شود. استرس افراد سالمند نیز از سال ۲۰۱۴ تا کنون افزایش یافته است و یکی از مسائل مهم بهداشتی محسوب می‌شود. سالمندان به علت کاهش اعتماد به نفس، نقصان فعالیت و حرکت، از دست دادن دوستان و نزدیکان، کاهش استقلال مادی و جسمانی و ابتلا به بیماری‌های مزمن، در معرض افسردگی و اضطراب بیشتری قرار دارند. با در نظر گرفتن روند شتابان رشد جمعیت سالمندی و اینکه سالمندان به دلیل کهولت و کاهش توانایی‌هایشان دچار کاهش توانایی‌های جسمی و روانی می‌شوند و انواع بیماری و مشکلات روانی آنها را تهدید می‌کند، توجه به سلامت سالمندان از اهمیت خاصی برخوردار است. بنابراین تعیین و مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی بسیار مفید و روشن کننده خواهد بود.

نتایج تحقیقات درباره اثربخشی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد درمانی هیجان محور قابل توجه است. حسینی نژاد ۲۰۲۱ اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران معتاد پرداختند که بر اساس یافته‌ها، مشاوره شناختی-رفتاری که مبتنی بر پذیرش و تعهد بود، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مادران معتاد را افزایش می‌دهد (حسن نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). عقیلی و همکاران (۱۳۹۹) اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و درد مزمن زنان بدسرپرست پرداختند یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و درد مزمن زنان آزار دیده مؤثر است. بر اساس نتایج به‌دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند افسردگی و درد مزمن را در همسران آزار دیده کاهش دهد (عقیلی و همکاران، ۱۳۹۹). طرقي و همکاران (۱۳۹۷) با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک شده سالمندان مبتلا به درد مزمن پرداختند یافته‌های این پژوهش ضرورت استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای کاهش استرس ادراک شده سالمندان خاطر نشان می‌سازد، بنابراین پیشنهاد می‌شود در ارائه خدمات روان‌شناختی برای سالمندان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده گردد (طرقي و همکاران، ۱۳۹۷).

یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی مراقبت‌های بهداشتی، تدارک دیدن برنامه‌های مدیریت درد در افراد سالمندی است که از دردهای مزمن و حاد رنج می‌برند. دردی که تسکین نیابد، می‌تواند با افسردگی، اضطراب، ترس، آسیب عملکرد فیزیکی، اختلال در راه رفتن و سوء تغذیه ارتباط داشته باشد. التزام اخلاقی نسبت به مدیریت درد و تسکین افرادی که رنج می‌برند، هسته اصلی تعهدات حرفه‌ای مراقبت‌های، بهداشتی است (لازارو و همکاران، ۲۰۱۳). لذا از آنجا که هیچ پیشینه‌ای در رابطه با مقایسه این دو رویکرد درمانی یافت نشده، محقق بر آن شد تا سه مشکل استرس، درد مزمن و عدم پیروی از درمان در سالمندان دیابتی را بررسی کند که کدام یک از این رویکردها توانایی بهبود میزان استرس، درد مزمن و پیروی از درمان را دارد؟

**روش پژوهش**

با توجه به ماهیت پژوهش که مستلزم اندازه‌گیری و بررسی دقیق مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی می‌باشد، از رویکرد کمی و توصیفی استفاده می‌شود. طرح تحقیق پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. این مطالعه با کد اخلاق ir.iau.srb.rec.1400.357 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی به تصویب رسیده است در شروع آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس با دستکاری متغیر مستقل یعنی ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان محور به گروه آزمایش، تأثیر آن بر متغیرهای وابسته، میزان استرس، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی، مشاهده و بررسی شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه سالمندان دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر رفسنجان که نشانگان میزان استرس و درد مزمن را دارا هستند می‌باشد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس گزینش تصادفی، افراد در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. و پس از هماهنگی‌های لازم با سالمندان مبتلا به دیابت دارای نشانه‌های استرس و درد مزمن که شرایط لازم برای شرکت داشتند ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین و انتخاب شدند. بنابراین معیارهای ورود به پژوهش، سالمندان مبتلا به دیابت بانسانه‌های استرس و درد مزمن، جنسیت (زن و مرد) و نیز داشتن حداقل ۶۰ سال سن، داشتن ملاک‌های اختلال درد مزمن، داشتن سطح تحصیلات حداقل سیکل، گذشتن حداقل ۳ ماه از داشتن بیماری دیابت با نشانه‌های استرس و درد مزمن، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، نداشتن بیماری مهم دیگری به جز بیماری مزمن دیابت و عدم دریافت درمان‌های روانشناختی دیگر می‌باشد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۹۳). مقیاس استرس ادراک شده نسخه ۴ توسط کوهن، تایلر و اسمیت (۱۹۹۳) ساخته شده است که از ۴ گویه و ۲ عامل مثبت (۲ سوال) و منفی (۲ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش درجه موقعیت‌هایی که در زندگی فرد، تنش‌زا ارزیابی می‌شود بکار می‌رود. عامل مثبت شامل سوالات ۲ و ۳ و عامل منفی شامل سوالات ۱ و ۴ است. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های "هرگز"، "خیلی کم"، "بعضی اوقات"، "زیاد" و "خیلی زیاد" به ترتیب امتیازات صفر، ۳، ۲، ۱ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. مطالعات متعددی در خصوص ویژگی‌های روان سنجی استرس ادراک شده اجرا شده است. بررسی‌های تحلیل عاملی، یانگر آن است که نسخه‌های ۱۴، ۱۰ و ۴ مقیاس استرس ادراک شده، ساختاری دو عاملی دارد که شامل عبارت‌های مثبت و منفی است؛ هرچند در بعضی پژوهش‌ها، ساختار عاملی استرس ادراک شده نسخه ۴ را تک عاملی گزارش کرده‌اند. پایایی این مقیاس، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی در مطالعات مختلف بررسی شده است. کوهن و همکاران بر روی نمونه‌های ۲۳۸۷ نفری در آمریکا، ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌های ۱۴، ۱۰ و ۴ را به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۷ و ۰/۶۰ گزارش کردند. در پژوهش معروفی زاده و همکاران (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ عامل‌های مثبت و منفی نسخه ۴ عبارتی، ۰/۷۴ و ۰/۷۰

بدست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای استرس ادراک شده مثبت  $0/78$  و برای منفی آن  $0/72$  بدست آمد.

**۲. پرسشنامه درد ملزاک و همکاران (۱۹۷۵).** این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت داشته و هدف آن سنجش درک افراد از درد و از ابعاد مختلف آن از جمله ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون می‌باشد (ملزاک و مک‌گیل، ۱۹۷۵). سوالات ۱ تا ۱۰ ادراک حسی درد، سوالات ۱۱ تا ۱۵ ادراک عاطفی درد، سوال ۱۶ ادراک ارزیابی درد و سوال ۱۷ تا ۲۰ دردهای متنوع و گوناگون را نشان می‌دهد. اگر پاسخ دهنده هیچ یک از عبارات را مطابق با توصیف درد خود ندانست، به آن مجموعه نمره صفر تعلق می‌گیرد. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات آن بعد را با هم جمع نموده و به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، باید مجموع امتیازات تک تک سوالات را محاسبه کرد. امتیاز بالاتر نشان دهنده میزان ادراک درد بالاتر در فرد پاسخ دهنده است و برعکس. در پژوهش دورکین و همکاران (۲۰۰۹) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین  $0/83$  تا  $0/87$  بدست آمد. در این مطالعه پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ  $0/79$  بدست آمد.

**۳. عملکرد خودمراقبتی.** چک لیست عملکرد خودمراقبتی شامل ۱۲ گویه می‌باشد. پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه بندی شده است. به هر آیتم بین ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. کل امتیاز این ابزار بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. جهت روایی آن از روایی محتوی استفاده شد که پس از انجام اصلاحات و لحاظ کردن نظرات چندین نفر از اعضای هیات علمی و متخصصین نفرولوژی مشهد تایید گردید. پایایی پرسشنامه خود مراقبتی با استفاده از روش آزمون-بازآزمون که به فاصله یک هفته انجام گرفت تایید شد ( $r = 0/78$ ). پس از انتخاب نمونه‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل شود.

**۴. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.** اعضای گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق برنامه درمانی وولز و همکاران (۲۰۰۷) برخوردار شدند.

#### جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (وولز و همکاران، ۲۰۰۷)

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، تبیین سردرد، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیردارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و نمره‌گذاری آن‌ها، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی در مورد موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به اعضا برای تشخیص کنترل وقایع شخصی، افکار و خاطرات، تشخیص راهبردهای ناکارآمد، کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

چهارم و پنجم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، کشف موقعیت های اجتناب شده و تماس با آن ها از طریق پذیرش، آموزش قدم های پذیرش با توضیح مفاهیم اشتیاق و موانع، بیان مفهوم ارزیابی و توصیف با استفاده از تمثیل، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، اعضای گروه آموزش می بینند تا بر فعالیت های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس ها و شناخت ها پردازش می شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت کنندگان در می یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال پردازی ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن ها توجه خود را به زمان حال باز می گردانند. بنابراین شرکت کنندگان آموزش می بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نجسند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش ها و بیان تفاوت بین ارزش ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی (تمرکز بر تنفس، پیاده روی، غذا خوردن، مسواک زدن، صداهای محیطی و...)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه اعضای گروه، اجرای پس آزمون.

۵. جلسات درمان هیجان محور. اعضای گروه آزمایش (درمان هیجان محور)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (۲ ماه، هفته ای یک جلسه) درمان هیجان مدار را به صورت گروهی طبق برنامه درمانی گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۸) دریافت کردند.

#### جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان هیجان محور (گرینبرگ و همکاران، ۲۰۰۸)

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در گروه، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار. آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
دوم	در این جلسه درمانگر اعضای گروه را تشویق می کند که ترس های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابط شان را به عقب می راند، بیان کنند.
سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با سردرد منعکس و به آن ها ارزش داده می شود.
چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون سازی مشکل می پردازند و به احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگاه می کنند.
پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه های مختلف خود دست می یابند و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می کنند.
ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می گیرند که به هیجان هایی که به تازگی آشکار شده، اعتماد کنند و واکنش های جدید را نسبت به انگیزه هایشان تجربه نمایند.
هفتم	در این جلسه هیجان های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند، به صورت کامل تری پردازش می شوند. درمانگر قاعده ای را آغاز می کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط به صورت تقریباً واضح بیان می کند.

هشتم در این جلسه اعضای گروه به کمک هم راه حل های جدیدی را برای مشکلات خود خلق می کنند و جنبه ی جدیدی از مشکلاتشان را بیان و تلاش می کنند آن را از نو طراحی کنند. همچنین، آن ها مسیری را که قبلاً حرکت می کردند و این که چگونه راه برگشتشان را یافتند، به یاد می آورند.

**شیوه اجرا.** به منظور رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش به آزمودنی ها این اطمینان داده شد که اطلاعات فردی آنها محرمانه بماند؛ همچنین برای رعایت مسائل اخلاقی و انسانی پژوهش پس از پایان پژوهش جلساتی را برای آموزش به گروه گواه ارائه شد تا اخلاق حرفه ای پژوهش رعایت شود. به منظور تحلیل داده ها از دو بخش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بخش آمار توصیفی صرفاً به توصیف و برجسته سازی داده های مربوط به نمونه می پردازد که در این میان از شاخص های مرکزی (میان، نما و میانگین) و شاخص های پراکندگی (انحراف استاندارد و واریانس) استفاده شد. بخش آمار استنباطی نیز در صدد آزمون فرضیه، سوالات و تعمیم داده های نمونه به جامعه می باشد. بخش استنباطی، برای تجزیه و تحلیل سوالات و فرضیات پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) جهت بررسی فرضیه ها استفاده می شود بدین ترتیب که نمرات بدست آمده از پیش آزمون و پس آزمون هر گروه را به دست آورده و با استفاده از تحلیل کواریانس مقایسه می کنیم. همچنین، از آزمون های آماری  $t$  مستقل و MANOVA برای مقایسه گروه ها در متغیرهای تحقیق استفاده می کنیم. همچنین به منظور تحلیل داده های پژوهش نیز از نرم افزار SPSS استفاده شد.

### یافته ها

از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی یافته ها حاکی از هم تایی گروه هاست. برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده ابتدا شاخص های توصیفی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون، شامل میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه ها گزارش می شوند.

**جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش**

#### و تعهد و درمان هیجان محور) و کنترل

گروه	آزمون ها		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	متغیر	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
درد پذیرش و تعهد	ادراک حسی درد	۳۳/۹۳	۳/۳۵	۲۴/۲۷	۳/۳۷	۲۴/۶۶	۳/۳۵	۲۴/۶۶
	ادراک عاطفی درد	۱۱/۸۷	۱/۶۴	۶/۹۳	۰/۵۹	۶/۶۰	۰/۵۵	۶/۶۰
	ارزیابی ادراک درد	۳/۵۳	۰/۹۱	۱/۸۰	۰/۷۷	۱/۷	۰/۷۵	۱/۷
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۱/۶۰	۲/۸۲	۶/۹۳	۱/۹۸	۶/۸۲	۱/۹۵	۶/۸۲
	نمره کلی درد	۶۰/۹۳	۶/۰۲	۴۰/۲۷	۵/۶۲	۴۰/۵۵	۵/۶۰	۴۰/۵۵

هیجان محور	ادراک حسی درد	۳۲/۹۳	۴/۱۳	۲۷/۶۰	۱/۸۴	۲۷/۴۴	۱/۸۵
	ادراک عاطفی	۱۱/۶۰	۲/۲۲	۸/۷۳	۱/۸۷	۸/۵۰	۱/۸۸
	درد						
	ارزیابی ادراک	۳/۶۷	۰/۷۲	۲/۵۳	۰/۷۴	۲/۵۰	۰/۷۵
	درد						
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۱/۸۷	۲/۶۴	۹/۳۳	۱/۹۱	۹/۱۶	۱/۹۳
	نمره کلی درد	۶۰/۰۷	۷/۰۷	۴۸/۲۰	۴/۰۰۷	۴۸/۱۰	۴/۰۲
گواه	ادراک حسی درد	۳۲/۸۰	۳/۳۶	۳۲/۳۳	۳/۲۹	۳۲/۱۳	۳/۳۰
	ادراک عاطفی	۱۲/۷۳	۱/۶۲	۱۲/۰۷	۲/۱۲	۱۲/۰۰	۲/۱۵
	درد						
	ارزیابی ادراک	۳/۲۷	۰/۸۰	۳/۶۰	۰/۶۳	۳/۴۲	۰/۶۵
	درد						
	دردهای متنوع و گوناگون	۱۰/۹۳	۳/۲۴	۱۱/۸۷	۲/۳۲	۱۱/۷۰	۲/۳۵
	نمره کلی درد	۵۹/۷۳	۶/۵۴	۵۹/۲۷	۶/۱۸	۵۹/۲۰	۶/۲۰
استرس	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۶/۰۷	۷/۷۸	۱۷/۲۷	۵/۸۹	۱۷/۱۰	۵/۹۰
	درمان هیجان محور	۳۶/۲۰	۸/۷۱	۲۶/۰۷	۶/۳۰	۲۶/۰۰	۶/۳۲
	گروه کنترل	۳۵/۹۳	۸/۷۲	۳۴/۸۰	۹/۶۷	۳۴/۵۰	۹/۷۰
پیروی از درمان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۸/۵۳	۸/۳۳	۴۹/۸۷	۷/۱۵	۴۹/۶۳	۷/۲۰
	درمان هیجان محور	۲۸/۹۳	۷/۴۹	۴۱/۱۳	۷/۰۲	۴۱/۰۰	۷/۱۰
	گروه کنترل	۲۹/۱۳	۵/۵۵	۳۰/۲۰	۵/۰۶	۳۰/۱۸	۵/۱۰

بین میانگین آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش قرار داشته‌اند نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. حال برای بررسی این که تغییرات ایجاد شده حاصل خطاهای اندازه‌گیری و یا متغیرهای مزاحم است و یا حاصل از متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور) نیاز به بهره‌گیری از یافته‌های آمار استنباطی است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز درباره نرمال بودن توزیع متغیر وابسته گزارش شده است.



جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف برای متغیرهای پژوهش

گروه	کلموگراف اسمیرنف		لوین F	
	Z	P	F	P
درد	پذیرش و تعهد	۰/۴۰۷	۰/۹۹۶	
	هیجان‌محور	۰/۵۹۱	۰/۸۷۷	
	گواه	۰/۴۷۳	۰/۹۷۹	
استرس	پذیرش و تعهد	۰/۴۳۵	۰/۹۹۲	۱/۱۱۴
	هیجان‌محور	۰/۸۴۲	۰/۴۷۷	۰/۳۰
	گواه	۰/۶۳۰	۰/۸۲۳	
پیروی از درمان	پذیرش و تعهد	۰/۵۲۹	۰/۹۴۳	
	هیجان‌محور	۰/۶۲۰	۰/۸۳۶	
	گواه	۰/۴۰۵	۰/۹۹۷	

با توجه به جدول ۴ در مورد نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و با توجه به دو گروه آزمایش و کنترل، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی‌دار نبوده است ( $p < 0.05$ ). بنابراین، می‌توان استنباط نمود که توزیع متغیر وابسته برای گروه‌های آزمایش و کنترل از مفروضه نرمال بودن تبعیت می‌کند. یافته‌ها حاکی از آن است که رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان استرس در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ چرا که میانگین گروه آزمایش در استرس ادراک شده (۱۷/۲۳۹) و میانگین گروه کنترل (۳۴/۸۲۷) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۱۷/۵۸۸-) است که در سطح  $0.01$  معنی‌دار است. بنابراین، می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در استرس ادراک شده به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه کنترل است. همچنین رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درد مزمن در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ چرا که پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که مداخله بر درد مزمن و ابعاد آن یعنی ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون تأثیر گذاشته است. نتایج نشان می‌دهند رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ میانگین گروه آزمایش در پیروی از درمان (۵۰/۰۲۶) و میانگین گروه کنترل (۳۰/۰۴۱) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۱۹/۹۸۵) است که در سطح  $0.01$  معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در پیروی از درمان به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. به علاوه رویکرد درمان هیجان‌محور بر میزان استرس در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ چرا که میانگین گروه آزمایش در استرس ادراک شده (۲۶/۰۱۳) و میانگین گروه کنترل (۳۴/۸۵۴) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۸/۸۴۱-) است که در سطح  $0.01$  معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در استرس ادراک شده به صورت معنی‌داری کمتر از میانگین گروه کنترل است.

همچنین رویکرد درمان هیجان‌محور بر درد مزمن در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ پس از کنترل آماری تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون، مداخله بر درد مزمن و ابعاد آن یعنی ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون تأثیر گذاشته است.

علاوه بر این، رویکرد درمان هیجان‌محور بر پیروی از درمان در سالمندان دیابتی تأثیر دارد؛ میانگین گروه آزمایش در پیروی از درمان (۴۱/۱۵۷) و میانگین گروه کنترل (۳۰/۱۷۶) می‌باشد. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۱۰/۹۸۱) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در پیروی از درمان به صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. یافته‌ها نشان می‌دهند بین اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور بر میزان استرس در سالمندان دیابتی تفاوت وجود دارد؛ تفاوت میانگین گروه پذیرش و تعهد و هیجان‌محور در میزان استرس (۸/۷۴۷-) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه پذیرش و تعهد و هیجان‌محور در این متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین گروه پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری کمتر از گروه هیجان‌محور است. همچنین بین اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور بر درد مزمن در سالمندان دیابتی تفاوت وجود دارد؛ تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور در ادراک حسی درد (۳/۶۳۳-) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور در ادراک عاطفی درد (۱/۷۸۵-) است که در سطح  $0/05$  معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور در ادراک ارزیابی درد (۰/۸۳۵-) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور در دردهای متنوع و گوناگون (۲/۵۲۵) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار است. لذا بین گروه‌های آزمایش و کنترل در ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نهایت مشاهده می‌شود که بین اثربخشی دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان هیجان‌محور بر پیروی از درمان در سالمندان دیابتی تفاوت وجود دارد؛ تفاوت میانگین گروه پذیرش و تعهد و هیجان‌محور در پیروی از درمان (۸/۸۷۳) است که در سطح  $0/01$  معنی‌دار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه پذیرش و تعهد و هیجان‌محور در این متغیر تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین گروه پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری بیشتر از گروه هیجان‌محور است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شیوه‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان‌محور بر میزان استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود استرس ادراک‌شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی شد که این یافته در حیطه‌ی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نتایج تحقیقات حسن نژاد و همکاران (۱۳۹۰)، رودریگز و همکاران، (۲۰۱۵) ویسپه و همکاران (۲۰۱۸)، کورسکی و همکاران (۲۰۰۹)، طرقي و همکاران (۱۳۹۷)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۷)، عقیلی و همکاران (۱۳۹۹) مسجدی و همکاران (۱۳۹۹)، جان بزرگی و همکاران (۱۳۹۱)، زیدان و همکاران (۲۰۱۲) و محمدی و

سوفی (۱۳۹۸) همسو بود. بنابراین در تبیین این یافته‌ها باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شناسایی افکار و احساساتی که به عنوان موانع (همانند استرس) برای زندگی ارزشمند عمل کرده، تمرکز نموده و هدفش تغییر ارتباط ما با آن تجربیات درونی به جای تغییر خود تجربیات می‌باشد (عبدالعظیمی و نیکنام، ۱۳۹۷). در درمان پذیرش و تعهد مراجعین از طریق استعاره، تناقض، و تمرین‌های تجربی، نحوه برقراری ارتباط سالم با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات فیزیکی را که از آنها می‌ترسند یا دور می‌شوند یاد می‌گیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارزش‌ها را شفاف و عمل متعهدانه راهی را برای رسیدن به آن ارزش می‌داند (ناصری نیا و برجعلی، ۱۳۹۹) که بیمار را در کنترل، تحمل و برخورد با درد خیلی یاری می‌دهد. علاوه بر این، دو فرآیند مهم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی ارتباط با زمان حال و خود به عنوان بافت یا زمینه در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل می‌گیرند که هر دو سبب می‌شوند آگاهی افراد از خود و نیازهای فعلی‌شان افزایش یابد. در این درمان، بیماران با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند و انگیزه بیشتری برای پیروی از درمان داشته باشند (ژو و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌محور موجب بهبود استرس ادراک‌شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی شد. که این نتایج در زمینه اثربخشی درمان هیجان‌محور با نتایج پژوهش‌های معصومیان و همکاران (۱۳۹۱)، نریمانی و همکاران (۱۳۸۹)، پشت مشهدی و همکاران (۱۳۸۲)، گیلی و همکاران (۱۳۹۸) و بهراد و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. بنابراین در تبیین این یافته‌ها باید گفت که درمان هیجان‌مدار با استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شامل پذیرش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و ارزیابی مجدد مثبت را در بیماران مبتلا به سردرد مزمن افزایش و استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان، شامل ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌انگاری را در بیماران کاهش می‌دهد (عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۷). درمان هیجان‌محور با ایجاد تعامل سازنده بین سالمندان و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث کاهش استرس و کاهش تحریف‌های شناختی در آنان می‌شود (عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، ضرورت دارد که درمان هیجان‌محور می‌تواند به شکستن ارتباط بین حوادث فشارآور و درد کمک کند. عوامل فشارآور شدید می‌توانند، برانگیختگی سیستم عصبی خودمختار و واکنش‌های هیجانی را بوجود آورند که منجر به بدتر شدن درد می‌شوند (کینگستون و همکاران، ۲۰۲۰). هدف رویکرد درمان هیجان‌محور در وهله‌ی اول کمک به بیماران برای دستیابی به مفهوم تازه از درد خود و ناتوانی‌شان برای درد است. و از آنجا که در این درمان از تکنیک‌های شناسایی خطاهای شناختی و بازسازی شناختی به فرد بیمار آموزش داده می‌شود تا هیجانات ناکارآمد منفی درباره درد را شناسایی نماید، آنها را به چالش کشیده و با هیجانات مثبت جایگزین کند مثلاً هنگامی که از جا بلند می‌شود به جای این خطای شناختی که چه درد بدی دارم و هیچ‌کاری را نمی‌توانم انجام دهم این فکر مثبت که قبلاً هم با این درد مواجه شده و می‌توانم آن را کنترل و کارهایم را انجام دهم جایگزین کند که این خود به مرور موجب بهبود حالت روانی و ترویج علاقه به فعالیت‌های فردی و اجتماعی و بهبود تبعیت از درمان سالمندان می‌شود. و از

دیگر سو در این شیوه به بیماران آموزش داده می‌شود که فعالیت‌های لذت بخش را دوباره از سر گیرند و در برنامه‌های روزانه خود این فعالیت‌ها را بگنجانند (کینگستون و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، یافته‌های پژوهش نشان داد که بین دو روش درمان «پذیرش و تعهد» و «هیجان‌محور» در بهبود استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی تفاوت وجود داشت. که یافته‌های این بخش با نتایج پژوهش‌های ناصری نیا و برجلی (۱۳۹۹) و کورسکی و همکاران (۲۰۰۹)، همسو بود. بنابراین در تبیین این یافته‌ها باید گفت که ترغیب به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود 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 می‌شوند، رهایی یابند (سلطانی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در درمان هیجان‌محور، شناخت‌ها و هیجان‌ها در بافت زمینه‌ای پدیده‌ها بررسی می‌شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به سالمند آموزش "اینجا و اکنون" داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار شود. همچنین، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تغییر یا تداوم رفتار را به سمت انجام ارزش‌های انتخابی تغییر می‌دهد. بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی، زبان مشتریان را به تلاش‌های بیهوده برای مبارزه با زندگی درونی خود وادار می‌کند (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت دو رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان هیجان‌محور بر بهبود استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی نسبت به گروه کنترل مؤثر می‌باشد. علاوه بر این نتایج نشان داد که در متغیر استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان در سالمندان دیابتی بین دو درمان تفاوت معنادار وجود داشته و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نسبت به درمان هیجان‌محور به میزان بیشتری توانسته استرس ادراک شده، درد مزمن و پیروی از درمان سالمندان دیابتی را بهبود دهد. در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش درد، استرس ادراک شده و بهبود پیروی از درمان سالمندان بر اساس اصولی همچون پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، زندگی در حال، ارزش و عمل متعهدانه قابل توجه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک درمان مؤثر برای طیف گسترده‌ای از نگرانی‌ها است و تا کنون پژوهش‌های محدودی برای استفاده از درمان پذیرش و تعهد در سالمندان منتشر شده است. مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای این جمعیت مناسب است زیرا بسیاری از افراد مسن ممکن است به دلیل آگاهی از اینکه طول عمر آنها محدود است، ارزش‌های بیشتری داشته باشند. با در نظر گرفتن مفهوم سالمندی و ارتقای سلامت آنها، باید در جهت سلامت سالمندان پژوهش‌های بیشتری انجام شود. بر اساس پژوهش حاضر می‌توان با استفاده از امکاناتی در دسترس و مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به این مهم اقدام کرد.

### موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

این مقاله از پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی، مصوب و دفاع شده در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر صمیمانه خود را از کلیه مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان که ما را در انجام و ارتقای کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام کنند.

### مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشتند.

### تعارض منافع

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

### منابع

- اسمری برده‌زرد، یوسف، خانجانی، سجاد، موسوی اصل، اسماعیل، و دولت‌شاهی، بهروز. (۱۴۰۰). اثر بخشی درمان هیجان محور بر اضطراب، افسردگی و دشواری در تنظیم هیجان در اختلال پر خوری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۷(۱): ۲-۱۵.
- پشت مشهدی، مرجان، یزدان دوست، رخساره، اصغرنژاد، فرید، و مریدیور دارا، علی اصغر. (۱۳۸۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کمال‌گرایی، تأییدطلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۲(۳)، ۲۲-۳۲.
- جان بزرگی، مسعود، آگاه هریس، مژگان، موسوی، الهام، علی پور، احمد، گلچین، ندا، و نوحی، شهناز. (۱۳۹۲). مقایسه درمانگری مبتنی بر مهارت‌های حل مسئله و مقابله با شناخت درمانگری مدیریت وزن در کاهش شاخص توده بدنی و بهبود سبک زندگی کارآمد وزن. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۱(۲)، ۱-۱۲.
- جلوداری، سمیرا، سوداگر، شید، و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳(۴)، ۵۲۷-۵۴۸.
- حسن آبادی، حسین، مجرد، سعید، و سلطانی‌فر، عاطفه. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوجهای دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، -.

حسینی نژاد، ناهید، البرزی، محبوبه، و مام شریفی، پیمان. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران وابسته به سوءمصرف مواد مجله علوم روانشناختی، ۲۰ (۱۰۷): ۲۰۲۵-۲۰۱۱.

عبدالعظیمی، مریم، و نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و نارضایتی از بدن در سالمندان. روان‌شناسی پیری، ۱۵ (۱): ۱۳-۲۵.

عقیلی، سید مجتبی، و اربابی، نرگس خاتون. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تراز افسردگی و دردهای مزمن در زنان مورد همسر آزاری. آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده. ۶ (۲): ۲۷-۵۰.

محمدی، سید یونس، و صوفی، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان. روانشناسی سلامت، ۸ (۳۲): ۵۷-۷۲.

مرشدی، مهدی، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، محمودی، محمد جلال، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. نشریه پژوهش پرستاری ایران. ۱۰ (۴): ۷۶-۸۷.

معصومیان، سمیرا، شعیری، محمدرضا، شمس، جمال، و مومن زاده، سیروس. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. پژوهش در پزشکی. ۳۷ (۳): ۱۵۸-۱۶۳.

ناصری نیا، سجاد، و برجعلی، محمود. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۰ (۳۹): ۱۳۵-۱۵۵.

نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. روان‌شناسی بالینی، ۲ (۴): ۶۱-۷۱.

هادی طرقي، حسین، و مسعودی، شاهد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده سالمندان مبتلا به درد مزمن. روان‌شناسی پیری، ۱۵ (۱): ۱-۱۱.

## References

- Abdolazimi, M., & Niknam, M. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Social Support Perception and Body Dissatisfaction in the Elderly. *Aging Psychology*, 5(1), 13-25. (In Persian)
- Abdolghaderi, M., Kafi, S. M., Saberi, A., & Ariaporan, S. (2018). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on hope and pain beliefs of patients with chronic low back pain. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 4(1), 18-23. (In Persian)
- Aghili, S. M., & Arbabi, N. K. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and chronic pain among abused women. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal*, 6(2), 27-34. (In Persian)
- Asmari Bardezdard, Y., Khanjani, S., Mousavi Asl, E., & Dolatshahi, B. (2021). Effect of Emotion-focused Therapy on Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Women With Binge Eating Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27(1), 2-15. (In Persian)
- Behrad, B., Bahrami Ehsan, H., Rostami, R., & Sadeghyan, S. (2014). The Effect of emotion-focused and cognitive interventions on reduction of stress in CABG patients by increasing HRV resonance frequency. *Health Psychology*, 3(11), 19-41. (In Persian)

- Bhowmik, M. A. (2020). Grounded Theory Investigation of the Subjective Responses from Partners in Couples Where Infidelity Has Occurred. Faculty of Psychology, The City University of New York, America, 98-116.
- Brady, A., Baker, L. R., & Miller, R. S. (2020). Look but don't touch? Self-regulation determines whether noticing attractive alternatives increases infidelity. *J Fam Psychol*, 34(2): 135
- Gili, Sh., Sadeghi, V., Alizadeh, A., & Rezaei, H. (2019). Comparing the effectiveness of emotion-oriented therapy and transcranial direct electrical stimulation therapy on anxiety and depression of coronary heart disease. *Journal of Health Psychology* 9(4): 45-62. (In Persian)
- Hadi toroghi, H., & Masoudi, S. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Perceived Stress in the Elderly Afflicted by Chronic Pain. *Aging Psychology*, 5(1), 1-11. (In Persian)
- Hassanabadi, H., MOJARRAD, S., & SOLTANIFAR, A. (2012). The evaluation of emotionally focused therapy (eft) on marital adjustment & positive feeling of couples with extra marital relations. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 1(2). (In Persian)
- Hayes S. C., Strosahl K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press, 33-37.
- Hoseininezhad, N., Alborzi, M., & MamSharifi, P. (2021). Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. *Journal of psychologicalscience*, 20(107), 2011-2025. (In Persian)
- 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.
- Iran Dost, F., Neshat Dost, H., & Nadi, M. (2013). The effect of treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic back pain. *Behavioral Sciences*, 8(1): 89-96.
- Izadikhah, A., Ansari, M., Rezaei, H., & Haghayegh, A. (2019). Comparing the effectiveness of mindfulness and relaxation therapy on pain intensity in patients with migraine headaches. *MJMS* 11(3): 1774-1764. (In Persian)
- Janbozorgi, M., Agah Heris, M., Mousavi, E., Alipour, A., Golchin, N., & Nuhi, S. H. (2013). Comparison of Therapy Based on Problem-solving Skills and Confronting with Weight Management Therapy Cognition in Body Mass Index (BMI) Reduction and Improvement of Weight Efficient Lifestyl. *Clinical Psychology and Personality*, 11(2), 1-12.
- Jelodari, S., Sodagar, S., & Bahrami Hidaji, M. (2020). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*, 13(4), 527-548. (In Persian)
- Kingston, J., Becker, L., Woeginger, J., & Ellett, L. (2020). A randomised trial comparing a brief online delivery of mindfulness-plus-values versus values only for symptoms of depression: Does baseline severity matter?. *Journal of Affective Disorders*, 276, 936-944.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.

- Lashani, L. (2013). The effectiveness of the intervention based on acceptance and commitment (ACT) along with mindfulness on the marital satisfaction of spouses of spinal cord injury veterans. *University of Welfare and Rehabilitation Sciences*, 11 (3): 56-60
- Lazaro, H., Capones, T., & Antonette, R. (2013). Relationship of resilience with happiness and mental health to students. *Journal of Psychology*, 38(6): 337-44.
- Masjedi, M. A., Khalatbari, J., Abolghasemi, S., Tizdast, T., & Khah, J. K. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Emotion-Focused Therapy on Anxiety Sensitivity in Cardiac Patients. *IJABS*, 7(3): 13-24. (In Persian)
- Masumian, S., Shair, M. R., Shams, J., & Momenzadeh, S. (2013). The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on self-efficacy of the female with chronic low back pain. *Research in Medicine*, 37(3), 158-163. (In Persian)
- Mirec, H., Donte, F., Robins, H., & Melisa, D. (2011). Relationship of emotion regulation with mental health and quality of life. *J Social Behavior* 2011; 32: 323-34.
- Mohammadi, S. Y., & Soufi, A. (2020). The effectiveness of acceptance and commitment treatment on quality of life and perceived stress in cancer patients. *Health Psychology*, 8(32), 57-72. (In Persian)
- Morshedi, M., Davarniya, R., Zaharakar, K., Mahmudi, M. J., & Shakarami, M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing couple burnout of couples. *Iranian Journal of Nursing Research*, 10(4), 76-87. (In Persian)
- Morshidi, M., Davarnia, R., Zahra Kar, K., Mahmoudi, M. J., & Shakrami, M. (2014). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on reducing couples' marital burnout. *Iranian Nursing Scientific Association*, 4: 24-34. (In Persian)
- Narimani, M., Ariapouran, S., Abolghasemi, A., & Ahadi, B. (2010). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Emotion Regulation Training on Mental Health in Chemical Weapon Victims. *Journal of Clinical Psychology*, 2(4), 61-71. (In Persian)
- Naserinia, S., & Borjali, M. (2020). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Obsessive Symptoms in Patients With Corona Disease.. *Clinical Psychology Studies*, 10(39), 135-155. (In Persian)
- Paolini, D., Pagliaro, S., & Pacilli, M. G. (2020). Italian bystanders' reactions to intimate partner violence within gay-men couples: The role of infidelity and gender-role expression. *Psicologia sociale*, 15(1), 67-79.
- Posht Mashhadi, M., Yazdandoost, R., Asgharnejad, A. A., & Moridpoor, D. (2004). The Efficacy of Cognitive-Behavior Therapy on Perfectionism, Need for Approval, and Depressive Symptoms in Patients Afflicted with Pain Disorder. *IJPCP*, 9(3), 22-32. (In Persian)
- Rassu, F., Linsenbardt, H., Hahn, H., & Meagher, M. (2018). Chronic perceived stress heightens laboratory pain in healthy young adults. *The Journal of Pain*, 19(3), S13.
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology research and behavior management*, 41-49.
- Rodriguez, M. A., Xu, W., Wang, X., & Liu, X. (2015). Self-acceptance mediates the relationship between mindfulness and perceived stress. *National Library of Medicine*, 116(2), 513-522.
- Soltani, M., Shairi, M. R., Roshan, R., & Rahimi, C. R. (2014). The impact of emotionally focused therapy on emotional distress in infertile couples. *International journal of fertility & sterility*, 7(4), 337.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and



- Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 60-68.
- Xu, W., Zhou, Y., Fu, Z., & Rodriguez, M. (2017). Relationships between dispositional mindfulness, self acceptance, perceived stress, and psychological symptoms in advanced gastrointestinal cancer patients. *Psycho oncology*, 26(12): 2157-2161.
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience letters*, 520(2), 165-173.



## Comparison of the effectiveness of two therapeutic approaches based on acceptance and commitment and emotion-oriented therapy on the level of perceived stress, chronic pain and adherence to treatment in diabetic elderly

Reza. Rahimi<sup>1</sup>, Hasan. Ahadi<sup>2\*</sup>, Biouk. Tajeri<sup>3</sup> & Anis. Khoshlahjeh Sedgh<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** One of the most important challenges facing health care is providing pain management programs for elderly people who suffer from chronic and acute pain. Therefore, the aim of this research is to answer the question of whether treatment methods based on acceptance and commitment, and emotion-based treatment are effective on the level of perceived stress, chronic pain and adherence to treatment in the elderly with diabetes. **Method:** The research design of the present study is a semi-experimental one with a pre-test-post-test design with a control group. The subjects were randomly assigned to two experimental and control groups. The statistical population of this research is all diabetic elderly referring to the health centers of Rafsanjan who have symptoms of stress and chronic pain. Using the available sampling method based on random selection, people were placed in two experimental and control groups. And after the necessary arrangements with the elderly with diabetes and symptoms of stress and chronic pain who had the necessary conditions to participate, 30 people in the experimental groups (15 people in each group) and 15 people in the control group were randomly replaced and selected. **Results:** The findings showed that the groups were not significantly different in terms of gender, age and education level ( $p > 0.05$ ). Also, both treatment methods based on acceptance and commitment and emotion-based treatment, compared to the control group, reduce stress, chronic pain and increase treatment adherence in diabetic elderly ( $p < 0.001$ ) and the difference between the two methods There is significance ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** According to the findings of this research, it can be said that two therapeutic approaches based on acceptance and commitment, and emotion-oriented therapy are effective in improving perceived stress, chronic pain and adherence to treatment in diabetic elderly compared to the control group.

**Keywords:** *treatment based on acceptance and commitment, emotion-based treatment, stress, pain, adherence to treatment.*

1. PhD Student in General Psychology, Dept., of Psychology, Emirates Branch of Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

2. \*Corresponding author: Professor, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

Email: drahad5@gmail.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran

4. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Qom Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Qom, Iran