

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی در مراقبان بیماران مزمن

طیبه زارع

کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران

چکیده

بیماری‌های روانی مزمن، اختلالاتی نامعلوم و مبهم، همراه با دوره‌های تکرارشونده و نشانه‌های روانی هستند که عملکرد شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ لذا هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی در مراقبان بیماران مزمن بود. پژوهش حاضر از نوع آزمایش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش مراقبان بیماران روانی مزمن شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر زن و 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 جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مهارت‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس، دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر و سلامت روان شناختی GHQ در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده گردیده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره، به کمک نرم‌افزار SPSS.28 استفاده گردید. نتایج نشان داد که درمان ACT و درمان CBT در متغیرهای راهبرد مسئله مدار ($F, 0.01/P=37/29$)، راهبرد هیجان مدار ($F, 0.01/P=18/85$) و سلامت روان شناختی ($F, 0.01/P=74/78$) بین دو گروه تحت درمان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. در متغیر مشکل در تنظیم هیجان ($F, 0.01/P=76/55$) بین دو گروه درمانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت و بر اساس میانگین‌های تعدیل‌شده میانگین ACT کمتر از گروه CBT بوده است. به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای و دشواری در تنظیم هیجان در مراقبان بیماران روانی مزمن داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان، سلامت روان شناختی.

مقدمه

افزایش بیماری‌های مزمن^۱ 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، ۲۰۱۴). بیماری‌های روانی مزمن، اختلالات نامعلوم و مبهم، همراه با دوره‌های تکرارشونده 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، ۲۰۱۹). اعضای خانواده اغلب مراقب و مسئول همه‌چیز، حمایت جسمانی و هیجانی تا پرداخت هزینه‌های زیاد درمان بیمارانشان 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 انجام‌شده در ایالات متحده نشان می‌دهند اکثر افرادی که به یک بیماری مزمن مبتلا هستند تحت مراقبت و بستگان قرار می‌گیرند تا این‌که 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 مراقبین بیماری‌های مزمن برخوردار است، مسئله سلامت روان‌شناختی این افراد است. مفهوم سلامت روان^۲ 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 شناختی دارد، می‌تواند ضمن احساس رضایت از زندگی با مشکلات به طور منطقی برخورد نماید؛ به عبارت دیگر فرد دارای سلامت شناختی 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، رفتارها) و عوامل اجتماعی (مانند طبقه اجتماعی، اشتغال، قومیت) در تعامل باهم سلامت فرد را تعیین می‌کنند (بزاری و همکاران، 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 ادراک‌شده پاسخ می‌دهد، همان چیزی است که تحت عنوان مهارت مقابله‌ای^۳ شناخته می‌شود (زو همکاران، ۲۰۱۷). مهارت‌های 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 دودسته (۱) مسئله مدار و (۲) هیجان مدار طبقه‌بندی می‌گردد و به عبارت دیگر، مهارت‌های مقابله‌ای، اقداماتی شناختی - رفتاری هستند که توسط فرد

¹ chronic diseases

² Page, Timothy F. Palmer, Richard C

³ Bopp, Trevor

⁴ Mental Health

⁵ Bazazian, Saeedeh and Besharat, Mohammad Ali

⁶ strategies skills

⁷ Zhou, Mingming; Kam, Chester Chun Seng

برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند. هدف راهبردهای مسئله مدار تغییر موقعیت فشارزاست و هدف مهارت‌های هیجان مدار تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر موقعیت پیش‌آمده است که باور فرد در این شرایط این است که موقعیت تغییر نخواهد کرد. به عبارتی دیگر، افرادی که از مهارت مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند مشکل را تجزیه کرده و به دنبال راهکاری برای حل اجزاء مختلف مسئله می‌باشند درحالی‌که استفاده از مهارت مقابله‌ای هیجان مدار غالباً توأم با سرکوب، اجتناب و انزوا است (اسکایویک، ۲۰۱۸). یکی از مؤلفه‌های شناختی مرتبط با این بیماری، تنظیم شناختی هیجان است. به باور گارنفسکی و کرایچ، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان کنش‌هایی هستند که نشان‌دهنده‌ی 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 خلق‌وخو، اضطراب، احساسات منفی و درد نیز دخیل هستند (پلیسیس و همکاران، ۲۰۱۶).

از میان درمان‌های روان‌شناختی برای مراقبین که باید از افرادی که بیماری مزمن دارند مراقبت کنند درمان شناختی-رفتاری^۳ (CBT) است. رویکرد درمان CBT تلفیقی از دو رویکرد رفتاردرمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی‌سازی پاولفی و بر اساس دانش شناخت پایه‌ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران روان‌شناسان بسیاری از رویکرد درمان CBT بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند. بر اساس مقدمه ذکرشده به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی این بیماران و تعیین واکنش‌های شایع 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 CBT مؤثر و مفید، یک الزام بالینی است و اثربخشی آن در کاهش اضطراب، افسردگی و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد و کاهش فاجعه انگاری درد و نشانه‌ها و علائم بیماری گزارش شده است (ریم و همکاران، 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. بعلاوه مشخص شده است که نگرش بیماران نسبت به وضعیت کنونی‌شان در چگونگی حل‌وفصل مشکل مؤثر واقع می‌شود. نگرش بیش‌ازحد منفی نسبت به درد مزمن می‌تواند در (حرکت آسیب مجدد) 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 مهارت‌های 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 می‌بخشند (خاجه رسولی، دهقانی، جمشیدی فر، ۲۰۱۷).

در تکنیک‌های درمان ر پذیرش و تعهد^۵ (ACT)، 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: گسلس شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد؛ بنابراین، شیوه اصلی درمان ACT مواجهه

¹ kaalvik, Einar M

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

³ Cognitive-Behavioral Therapy

⁴ Reme SE, Darnley S, Kennedy T, Chalder

⁵ Acceptance and Commitment Therapy

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 CBT بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان تأثیر معناداری دارد. همچنین درمان ACT نیز بر همه ابعاد نظم جویی شناختی هیجان به‌جز در مؤلفه‌های پذیرش، نشخوار، دیدگاه‌گیری و فاجعه‌سازی تأثیر معناداری دارد. بین اثربخشی درمان CBT و درمان ACT 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 مهارت‌های مقابله‌ای (مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی) وجود دارد. در پژوهش حر و منشی (۱۳۹۶) نشان دادند که بین پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، در اثربخشی درمان ACT بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معناداری وجود دارد. دو گروه قبل و بعد از مداخله با مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس و پرسشنامه روان‌شناختی مراقبین بیماران مزمن گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح تفاوت دارد. مراقبانی که از سلامت روان پایین و کیفیت زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای نامناسبی رنج می‌برند، باعث بدتر شدن علائم و عود بیماری می‌شوند. همچنین با بررسی تجربیات انجام‌شده 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 مراقبان 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 انجام‌شده تا بتواند مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان‌شناختی را در مراقبان بهبود دهد؛ بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این است که آیا اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان‌شناختی در مراقبان بیماران مزمن شهر تهران مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. جامعه آماری این پژوهش مراقبان بیماران روانی مزمن شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۳۰ نفر زن (۱۵ گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. 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 مهارت‌های بیلینگز و موس، پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گرانز و روئمر و مقیاس سلامت عمومی مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه مهارت‌های 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 مهارت‌های مقابله‌ای استوار است. بیلینگز 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 تقسیم‌شده بود. حیطة متمرکز بر مسئله، شامل ۱۳ سؤال و حیطة متمرکز بر هیجان نیز شامل ۶ سؤال بود که به‌صورت بلی یا خیر (صفر و یک) پاسخ داده شدند. موس و بیلینگ میزان پایایی از روش آلفای کرونباخ را ۰.۸۰٪ و از پایایی درونی برای مقیاس‌های ذکرشده از ۰.۴۴٪ تا ۰.۸۰٪ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه توسط غفوری (به نقل از شاکری، ۱۳۸۵) ۰.۷۸٪ ذکرشده است. پورشه‌باز ضریب اعتبار این پرسشنامه را به روش تنزیف ۰.۷۸٪ گزارش کرده است (زحمتیار، به نقل از شاکری، ۱۳۸۵). در این پژوهش میزان پایایی با استفاده از روش تضعیف ۰.۶۷٪ به‌دست‌آمده است.

¹ Hayes, S. C. Strosahl, K.D. Wilson, K.G

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 درجه‌بندی لیکرت صورت می‌گیرد، نمرات بالاتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در نظم‌بخشی هیجان است و از ۶ خرده مقیاس نپذیرفتن 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 هرکدام از شش زیر مقیاس دشواری هیجان بخشی ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰.۸۰٪ به دست آمده است. در بررسی ساختار عاملی ویژگی روان‌سنجی این مقیاس 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:

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، شناخته‌شده‌ترین 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 ارائه‌شده در این پژوهش، ۲۸ سؤال است. نمره‌ی بالا در این آزمون، بیانگر وجود بیماری و نمره‌ی پایین، بیانگر عدم 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 برمی‌گیرد. 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 متمایزکننده 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 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 ۰.۸۸٪، ۰.۷۴٪ و ۰.۲۰٪ گزارش کردند. چیونگ و اسپیرز^۱ (۱۹۹۴)، ضریب پایایی پرسشنامه‌ی سلامت عمومی به روش باز آزمایی را ۰.۴۷٪ گزارش کرده است که در سطح $P=0/05$ معنی‌دار است. علاوه بر ضریب

¹ cheong and asperz

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.

روش اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق آنچه ذکر گردید)، بیماران مزمن انتخاب شده (۳۰ زن) به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان‌های CBT نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و درمان ACT 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 نرم‌افزار SPSS.28 استفاده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات شناختی - رفتاری	
جلسات	اهداف و محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان وضع قراردادهای.
جلسه دوم	تعریف و تشریح مفهوم استرس ادراک شده و عوامل ایجادکننده آن در بیماری مراقبان بیماران مزمن
جلسه سوم	تعریف و تشریح مفهوم ارتقای معنای زندگی و عوامل ایجادکننده آن در بیماری مراقبان بیماران مزمن
جلسه چهارم	بیان پیامدهای جسمانی و روانی استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی برای مراقبان بیماران مزمن
جلسه پنجم	درخواست از مراقبین بیماران مزمن برای بیان کردن استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی که در طی ابتلا به بیماری مراقبان بیماران مزمن تجربه کرده‌اند و در میان گذاشتن تجاربشان برای یکدیگر.
جلسه ششم	تشریح افکار خود آیند منفی مرتبط با استرس ادراک شده و ارتقای معنای زندگی در طی بیماری برای مراقبان بیماران مزمن بر اساس مدل ABCD الیس.
جلسه هفتم	درخواست از مراقبین بیماران مزمن برای بیان افکار خود آیند منفی‌شان در طی تجربه مراقبت از بیمارشان برای یکدیگر در گروه و دادن تکالیف خانگی برای مشخص نمودن محتوا و میزان افکار خود آیند منفی.
جلسه هشتم	آموزش دادن به مراقبان بیماران مزمن در خصوص تشخیص افکار خود آیند منفی،
جلسه نهم	آموزش به مراقبان بیماران مزمن در خصوص روش‌های مقابله افکار خود آیند 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
جلسه 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 مراقبان 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 مراقبان 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 مراقبان 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 به‌عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که مراقبان 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

با توجه به اینکه طرح این پژوهش، پیش‌آزمون- س آزمون است و هدف از اجرای پیش‌آزمون کنترل آماری متغیر مزاحم اختلافات آزمودنی است از تحلیل کوواریانس به‌منظور کنترل آماری متغیر اختلافات اولیه (پیش‌آزمون) استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها						
متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین تعدیل شده
راهبرد مسئله مدار	پذیرش و تعهد	۶/۲۰	۱/۹۷	۹/۲۰	۲/۴۲	۹/۱۴
	شناختی رفتاری	۵/۸۰	۲/۰۰	۸/۵۳	۲/۲۶	۸/۹۴
	کنترل	۶/۴۶	۱/۷۶	۶/۴۰	۲/۱۹	۶/۰۷
راهبرد هیجان مدار	پذیرش و تعهد	۵/۲۰	۰/۸۶	۲/۶۶	۱/۳۴	۲/۳۶
	شناختی رفتاری	۴/۶۰	۱/۳۷	۲/۸۰	۱/۳۷	۲/۹۵
	کنترل	۴/۸۰	۱/۴۰	۴/۵۳	۱/۴۰	۴/۶۸
تنظیم هیجان	پذیرش و تعهد	۱۳۷/۲۶	۱۱/۷۳	۱۲۵/۲۶	۱۱/۳۲	۱۲۴/۳۹

بر اساس داده‌های جدول ۳ 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 مهارت‌های مقابله‌ای،

دشواری در تنظیم هیجان و سلامت 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 مهارت‌های 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. ($\text{Box M} = 27.15, F = 66.0, P \leq .001$).

ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig
۰/۹۷	۸/۵۶	۸	۷۲	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۴ تأثیر مداخله‌های درمانی تعهد و پذیرش و شناختی- رفتاری بر شیب خطی متغیرهای مهارت‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی مؤثر بوده است ($\text{pillai's trace} = 0.97, F(8,72)$).

متغیرها	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

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری (جدول ۵) بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر راهبرد مسئله مدار با ($F(2, 38) = 37.29, p < .01, 2 = .66$)، در متغیر راهبرد هیجان مدار با ($F(2, 38) = 18.85, p < .01, 2 = .49$)، در دشواری در تنظیم هیجان با ($F(2, 38) = 76.85, p < .01, 2 = .80$)، در سلامت عمومی با ($F(2, 38) = 74.78, p < .01, 2 = .79$) تفاوت بین دو گروه تحت درمان و کنترل معنی‌دار بوده است. برای مقایسه‌های چندگانه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
راهبرد مسئله مدار	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	۰/۲۲	۰/۴۰	۰/۵۸
	پذیرش و تعهد - کنترل	۳/۰۶	۰/۳۹	۰/۰۰۱
راهبرد هیجان مدار	شناختی رفتاری - کنترل	۲/۸۳	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	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

۰/۰۰۵	۱/۰۷	-۳/۲۳	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	تنظیم هیجان
۰/۰۰۱	۱/۰۳	-۱۲/۳۹	پذیرش و تعهد - کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۰۶	-۹/۱۵	شناختی رفتاری - کنترل	
۰/۰۷۲	۰/۶۷	-۱/۲۵	پذیرش و تعهد- شناختی رفتاری	سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۰/۶۵	-۷/۴۸	پذیرش و تعهد - کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۶۷	-۶/۲۳	شناختی رفتاری - کنترل	

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD (جدول ۶) 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 ($P < 0.01$). بر اساس یافته‌های توصیفی میانگین هر دو گروه درمان در متغیرهای راهبرد مسئله مدار، راهبرد هیجان مدار، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت عمومی؛ 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 معنی‌داری 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 تعدیل‌شده 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 نتیجه‌گیری

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر مهارت‌های مقابله‌ای، تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی در مراقبان بیماران مزمن بود. 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 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 تعدیل‌شده 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 گرفته‌شده 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 آنجاکه 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 (گرانسفکی، بان و کراج، ۲۰۰۵). در جلسات درمانگری شناختی رفتاری از آنجاکه فرد متوجه روان‌بنه‌های معیوب خود می‌شود، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده می‌گیرد و با تعدیل یا اصلاح آن‌ها و ارزیابی مجدد مثبت 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 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 حل‌وفصل خطاهای شناختی آموزش داده می‌شود. بدین ترتیب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه‌ریزی قابل‌انتظار است. همچنین درمان شناختی رفتاری در سلامت روان مراقبین 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 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، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، با تغییر کیفیت آگاهی افراد می‌توان دید که استفاده از راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان در آن‌ها افزایش می‌یابد. در این رابطه درمان مبتنی بر پذیرش 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، 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 بیش‌ازحد 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 شناختی را افزایش می‌دهد و این خودآگاهی موجب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار احساسات را می‌شکند و فرد

بیشتر در حال زندگی می‌کند و فرایند شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری 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 به‌عنوان 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 توجه‌گردانی معاف می‌شوند و استفاده از راهبردهای شناختی مثبت افزایش می‌یابد. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به سازوکارهای تأثیر خود نظیر پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان 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 مراقبین بیماران مزمن باشد. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان مداخله‌های گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌طور موفقیت‌آمیزی برای افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، دشواری در تنظیم هیجان و سلامت روان در مراقبان 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. به‌منظور 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 نویسنده، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آقالر، 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.
- بهرروز، 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، ۷(۲): ۲۳۶-۲۵۳
- بنی‌هاشمی، سارا؛ حاتمی، محمد؛ حسنی، جعفر؛ صاحبی، علی (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت‌درمانی 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.
- زحمت یار، 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); Stellefson, 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 SelfManagement 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 syndrome-behavioral responses questionnaire. *Journal of psychosomatic research*.69(3):31925.
- 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.