

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس

زهرا زاهدی<sup>۱</sup>، آرمان عزیزی<sup>۲</sup>، پیمان خورشیدی<sup>۳</sup>، سیده سمیره حسینی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۵

تاریخ وصول: ۹۸/۰۷/۱۵

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس (MS) بود. در این پژوهش روش مداخله‌ای نیمه آزمایشی با استفاده از گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. نمونه شامل ۴۰ نفر از والدین دارای فرزند مبتلا به بیماری مراجعه کننده به مراکز مشاوره و بیمارستان‌های تخصصی شهر تهران بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گروه آزمایش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا گردید و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. برای ارزیابی توانمندی خانواده‌ها از پرسشنامه توانمندسازی خانواده (FES) استفاده گردید. نتایج نشان داد که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر توانمندسازی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری MS به طور معناداری اثربخش بوده است ( $\text{sig} < 0/05$ ). بنابراین با به کارگیری درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌توان توانمندی خانواده‌های دارای فرزندان مبتلا به بیماری‌های خاص را بهبود بخشید.

**واژگان کلیدی:** پذیرش و تعهد، توانمندسازی، مالتیپل اسکلروزیس.

۱. ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه بندرعباس، بندرعباس، ایران

۲. دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

Email: armanazizi2020@gmail.com

۳. ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه کردستان، کردستان، ایران

۴. ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد زنجان، واحد علوم و تحقیقات، زنجان، ایران

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (MS) یک بیماری التهابی مزمن با ماهیت تحلیل برنده، پیشرونده و بازگشت‌ناپذیر حاد سیستم اعصاب مرکزی یا خودایمنی بدن با منشأ چندعاملی و نامشخص است که بخش‌هایی از مغز و نخاع را گرفتار می‌کند (اسچارد، کانت و ولف<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). عمده‌ترین نشانه‌های بالینی این بیماری شامل خستگی، اختلالات حرکتی، نواقص بینایی، اختلالات حسی، نواقص شناختی، تغییرات مخچه، تغییر در سیستم خودکار عصبی و تغییرات روانی می‌باشد. در حال حاضر چهار نوع شناخته شده از این بیماری وجود دارد که عبارت‌اند از خاموش شونده-عودکننده، پیش‌رونده اولیه، پیش‌رونده ثانویه و خوش‌خیم (آلبوکرک، جرالگو، مارتینز و ریبیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

مولتیپل اسکلروزیس یکی از مهم‌ترین بیماری‌های تغییر دهنده زندگی فرد می‌باشد؛ زیرا نه تنها به بهترین دوران زندگی فرد که همان دوران جوانی است، آسیب می‌زند؛ بلکه به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد (زویبل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). در واقع، از آن جایی که این بیماری اوایل بلوغ تشخیص داده می‌شود، پیشرفت تجربیات زندگی خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (باهس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). از جمله این تهدیدها می‌توان به تضادهای خانوادگی و اجتماعی مانند طلاق و از دست دادن شغل اشاره کرد (موهر و پلئتی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). بیماری مولتیپل اسکلروزیس به صورت واضحی کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها را تحت تأثیر قرار داده و بر زندگی خانوادگی، شرایط اقتصادی و ارتباطات اجتماعی آنها تأثیر می‌گذارد. در حقیقت، این بیماری الگوی ارتباطی خانواده را نیز تغییر داده و خانواده باید به مشکلات ناشی از درمان فکر کند. معمولاً فعالیت خانواده تغییر می‌کند و به علت ماهیت پیشرونده بیماری بسیاری از بیماران شغل خود را از دست می‌دهند و این امر منجر به کاهش درآمدهای زندگی می‌شود (کوبلت و برگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). معمولاً بیماری یک فرد در خانواده تعادل خانواده را بهم ریخته و سبک زندگی تمام افراد خانواده را تغییر می‌دهد. عواطف

1. Multiple Sclerosis
2. Scherder, Kant & Wolf
3. Albuquerque, Geraldo, Martins & Ribeiro
4. Zwibel
5. Buhse
6. Mohr & Pelletier
7. Kobelt & Berg

خانوادگی می‌تواند به طور مثبت یا منفی بر بهبود بیماری و پاسخ‌های آنها به بیماری تأثیرگذار باشد. میزان برخورداری بیماران از توجه و کمک اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد می‌تواند موجب افزایش بقا و کیفیت زندگی افراد شود (جونز، وایتهد و کراو، ۲۰۱۶). مانچادو<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) بر این باور است که نیمی از سبک‌های پاسخگویی در برابر بیماری مرتبط با نوع تعامل روابط خانوادگی افراد و توانمندی خانواده است (آلبوکرک و همکاران، ۲۰۱۵).

بسیاری از صاحب نظران معتقدند که توانمندی خانواده فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است. فرایندی که در ارتباط بادیگران شکل گرفته و به بهبود کیفیت زندگی افراد بیمار و اعضای خانواده آنها منجر می‌شود (والین و ایدوال، ۲۰۰۶). این مفهوم نگرش، دانش و رفتار خانواده را در حوزه ارتباط با فرزند، سیستم خدمات و جامعه شرح می‌دهد. توانمندی خانواده فرایندی است که طی آن خانواده، دانش و مهارت‌هایی را جهت مدیریت مطلوب زندگی کسب می‌کند و در نتیجه سبک زندگی و کیفیت زندگی اعضای خانواده ارتقاء می‌یابد (سوبانندی، ۲۰۱۳). توانمندسازی در سطوح فردی و خانوادگی شامل پنج ایده می‌باشد: ۱- کنترل و اثربخشی درک شده از رویدادها در طول زندگی، ۲- اثربخشی در تأثیرگذاری بر شرایط زندگی از طریق مهارت‌های حل مسئله، استراتژی‌های مقابله‌ای و استفاده مؤثر از منابع، ۳- روابط مشارکتی خانواده با متخصصین، ۴- مشارکت جامعه‌ای از جمله از جمله رهبری در سازمان‌ها و ۵- تنوع موقعیتی و زمانی، که در آن توانمندسازی در زمینه‌های مختلف انجام می‌گیرد و منجر به تفاوت عملکرد افراد در موقعیت‌های مشابه می‌شود (زیتل، راینس و هایز، ۲۰۱۱). مزایای این نوع توانمندی که حاصل تعامل بین متخصصان سلامت و خانواده‌ها است، شامل به وجود آمدن و افزایش احساس کنترل بر زندگی خانوادگی و بهبود قدرت، توانایی و مهارت‌های خانواده می‌باشد (لاریتسن و کوکرو، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان داده است که توانمندی خانواده بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز (اخلی و مسعودی، ۱۳۹۸) و بر ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بیماران

- 
1. Jones, Whitehead & Crowe
  2. Manchado
  3. Wahlin & Idvall
  4. Subandi
  5. Zettle, Rains & Hayes
  6. Lauritsen & Kokckrow

مولتیپل اسکلروزیس شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی، درد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و شادابی (واحدیان عظیمی، رحیمی بشر و امینی، ۱۳۹۷) تأثیر معناداری دارد. بنابراین اهمیت افزایش توانمندی خانواده بیماران به وضوح قابل درک است. از جمله درمان‌های مؤثر در افزایش سطح توانمندی خانواده‌های بیماران مولتیپل اسکلروزیس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است (عزیزی، قاسمی و قربانی، ۱۳۹۶).

در دو دهه اخیر، دسته‌ای از روان‌درمانی‌ها که به درمان‌های موج سوم معروف است، مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان قرار گرفته، که یکی از آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (هیز و استروسهل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). این درمان با درمان شناختی - رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل ۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها. ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد همراه با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. این روش شامل تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی همچون مراقبه ذهنی است. هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد (فورمن و هربرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). همچنین این درمان کمک شایانی به فرد جهت تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام می‌کند و فرد را در برابر آسیب‌های ناشی از عدم تنظیم هیجان مصون نگه می‌دارد (اصلی آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۸).

تاکنون پژوهش‌های معدودی از جمله پژوهش عزیزی، قاسمی و قربانی (۱۳۹۶) و عزیزی و کریمی‌پور (۱۳۹۷) به بررسی اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش میزان توانمندی خانواده پرداخته‌اند اما تاکنون اثربخشی این درمان یعنی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به ویژه خانواده‌های بیماران مولتیپل اسکلروزیس پرداخته نشده است. با توجه به اینکه این بیماری نه تنها به بهترین دوران زندگی فرد که همان دوران جوانی است، آسیب می‌زند؛ بلکه به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد (زویبل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) و همچنین نیمی از سبک‌های پاسخگویی در برابر این بیماری

1. Hayes & Strosahl
2. Forman & Herbert
3. Zwiibel

مرتبط با نوع تعامل روابط خانوادگی افراد و توانمندی خانواده است (آلبوکرک و همکاران، ۲۰۱۵) پس نیاز خانواده های این افراد به درمان و افزایش توانمندی آنها مورد تأیید قرار می گیرد. در حقیقت در مورد موضوع پژوهش حاضر تحقیقات محدودی انجام شده و در جامعه بیماران مولتیپل اسکلروزیس تاکنون چنین پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع، خلاء پژوهشی و ضرورت پژوهش در این زمینه جهت استفاده درمانگران و امید دادن به خانواده ها، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر توانمندی خانواده های دارای عضو مبتلا به بیماری MS است.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون - پس آزمون) همراه با گروه کنترل می باشد. متغیر مستقل در این پژوهش رویکرد آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) است. متغیر وابسته نیز توانمندسازی خانواده ها که توسط ابزار توانمندسازی خانواده (FES<sup>1</sup>) سنجیده می شود. در مرحله اول پژوهش ۴۸ نفر از والدینی که از خانواده های مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران و بیمارستان های تخصصی مراجعه نموده بودند، به عنوان نمونه انتخاب شدند. این والدین به صورت تصادفی در گروه - های آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۲ زوج (۲۴ نفر) در گروه درمانی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۲ زوج (۲۴ نفر) در گروه کنترل). جلسات آموزشی - درمانی بر روی گروه آزمایش انجام شد و والدین گروه کنترل صرفاً در پیش آزمون - پس آزمون شرکت کردند و در انتظار درمان قرار گرفتند. والدینی که در گروه کنترل قرار گرفتند بنا شد که جهت رعایت اصول اخلاقی در پایان مداخلات درمان را دریافت کنند. گروه آزمایش برنامه درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد با تأکید بر کاربرد دستورالعمل ها را در طی ۹ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه و گروه کنترل تا پایان فرایند درمان هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکردند و در لیست انتظار برای دوره های درمانی بعدی قرار گرفتند.

جامعه آماری تحقیق حاضر، شامل تمام خانواده های دارای عضو مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس بود که به مراکز مشاوره و بیمارستان های تخصصی شهر تهران مراجعه نموده - اند، می باشد. نمونه تحقیق شامل ۴۸ نفر از خانواده های مراجعه کننده به مراکز مشاوره و

بیمارستان‌های تخصصی شهر تهران می‌باشند که با نمونه‌گیری در دسترس از بین آنها انتخاب شدند. این خانواده‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ تایی (۲۴ پدر و مادر) شامل گروهی که برنامه درمانی مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمان یا آموزشی دریافت نکردند جایگزین شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و موافقت آن‌ها با نوع جلسات مورد نظر، والدین به صورت تصادفی در گروه‌ها جایگزین شدند و پرسشنامه توانمندسازی خانواده را به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. لازم به ذکر است که در ابتدای جلسات ۴ خانواده (۸ نفر از والدین) بخاطر مشکلات رفت و آمد و مشکلات شخصی از ادامه جلسات انصراف دادند و بنابراین ۴۰ نفر باقی مانده از والدین در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه گواه در انتظار ماندند و گروه آزمایش در جلسات اصلی شرکت داده شدند. نحوه انجام کار چنین بود که، در ابتدا با والدین ارتباط درمانی لازم برقرار شد و سپس در هر جلسه موضوعات اصلی آموزش با زبانی ساده و قابل فهم برای آن‌ها بازگو گردید و در صورت احساس مشکل یا داشتن سوال، به ایفای نقش یا بحث گروهی پرداخته شد تا با کمک درمانگر و به اتفاق دیگر اعضا، در این مورد به بحث و گفتگو بپردازند. در ابتدای هر جلسه خلاصه‌ای از رئوس مطالب بصورت دفترچه مخصوص والدین به آن‌ها ارائه شد و تکالیف خانگی مربوط به آن جلسه و جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفت تا مشکلات احتمالی و سؤالات آن‌ها برطرف گردد.

ملاک ورود به پژوهش داشتن حداقل یک عضو مبتلا به بیماری اسکروزولوزیس در خانواده، داشتن تحصیلات حداقل سیکل در والدین بود. همچنین ملاک خروج استفاده همزمان والدین از جلسات مشاوره، داشتن اعتیاد در والدین، طلاق یا جدایی والدین و تک والد بودن بود. این ملاک‌ها بر این اساس انتخاب شد که عوامل مذکور می‌توانستند به عنوان عامل مزاحم در نتیجه اثربخشی درمان تأثیر بگذارند و باید کنترل می‌شدند.

مقیاس توانمندسازی خانواده کوران و همکاران ( $FES^1$ ): مقیاس توانمندسازی خانواده (FES) توسط پائول ای. کورن، نیل دیچیلو و باربارا جی. فریسن در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است که از ۳۴ گویه و ۳ خرده مقیاس خانواده (۱۲ سوال)، سیستم‌های خدماتی (۱۲ سوال) و اجتماعی/سیاسی (۱۰ سوال) تشکیل شده است. به منظور ارزیابی توانمندی والدینی که فرزندان مبتلا به ناتوانی‌های حسی دارند بکار می‌رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف

## 1. Family Empowerment Scale

لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «کاملاً غلط»، «بسیار غلط»، «تاحدی صحیح»، «بسیار صحیح» و «کاملاً صحیح» به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می‌شود. کرن، دچیلو و فریزر در مطالعه‌ای به بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس پرداختند. در مطالعه آن‌ها ۴۴۰ والدین که دارای کودک مبتلا به اختلالات عاطفی و رفتاری بودند شرکت کردند. ثبات مناسب داخلی برای هر یک از سه زیرمقیاس (اجتماعی/سیاسی:  $a = 0/88$ ، سیستم خدمات:  $a = 0/87$  و خانواده:  $a = 0/88$ ) به دست آمد. قابلیت اطمینان در  $\text{test-retest}$  ( $N = 107$ ) برای هر یک از سه زیرمقیاس (خانواده:  $r = 0/83$ ، سیستم خدمات:  $r = 0/77$  و اجتماعی/سیاسی:  $r = 0/85$ ) مناسب بود. اعتبار مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی ارزیابی شد، که از سطوح و ابعاد چارچوب مفهومی حمایت گردید. آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۱ بود و برای زیرمقیاس‌های خانواده، سیستم خدمات و جامعه/سیاست به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۸ و ۰/۶۳ به دست آمد (کارانده و ونکاتارمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳) در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش عزیزی و کریمی (۱۳۹۷) نیز مورد تأیید قرار گرفته است.

جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد: آموزش گروهی پذیرش و تعهد (فرمن و هربرت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد (۲۰).

جدول ۱. شرح جلسات درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	خلاصه جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط اعضا
دوم	آشنایی اعضا با بیماری MS	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اهداف، ارائه توضیحاتی درباره بیماری MS، نشانه‌ها و پیامدهای آن. تکلیف: مشخص کردن تأثیرات این بیماری در زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود توسط درمانجویان
سوم	بررسی راهبردهای	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات ناراضایتی در زندگی

1. Karande, Venkataraman
2. Forman & Herbert

<p>درمانجویان، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای مقابله با مشکل بکار برده‌اند و بررسی کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، کمک به درمانجویان در جهت پی‌بردن به بهبودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه. تکلیف: مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آنها در علائم مشکل و بررسی تأثیر آنها در زندگی فردی و خانوادگی</p>	<p>کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بهبودگی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آنها در زندگی فردی و خانوادگی</p>	<p>آموزش ذهن- آگاهی و پذیرش</p>
<p>توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر مشکل و زندگی فردی و خانوادگی</p>	<p>آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آنها بدون قضاوت)</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج. تکلیف: تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند و بررسی تأثیر آن بر علائم بیماری و زندگی فردی و خانوادگی</p>	<p>آشنایی با خود به عنوان زمینه</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر. تکلیف: مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آنها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست و طبیعت و سلامتی</p>	<p>تصریح ارزش‌ها</p>
<p>بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ارزش‌ها و موانع عمل بر طبق آنها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد</p>	<p>ایجاد تعهد برای عمل در راستای</p>



ارزش‌ها	تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس. تکلیف: شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن بر علائم مشکل و زندگی فردی و خانوادگی
جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی

### یافته‌ها

در مجموع ۲۰ نفر از والدین که دارای عضو مبتلا بودند، در پژوهش شرکت داشتند که به طور تصادفی ۱۰ زوج در گروه کنترل و ۱۰ زوج دیگر در گروه آزمایشی قرار گرفتند. همچنین زوج‌های شرکت‌کننده در پژوهش در رنج سنی ۳۵ تا ۵۵ سال بودند. از لحاظ تحصیلات والدین نیز ۱۵ درصد (۶ نفر) زیر دیپلم، ۳۰ درصد (۱۲ نفر) دیپلم، ۴۵ درصد (۱۸ نفر) لیسانس و ۱۰ درصد (۴ نفر) ارشد و بالاتر بودند.

از تعداد کل نمونه ۲۲ خانواده (۵۵ درصد) دارای یک فرزند نوجوان (۱۵ الی ۱۸ سال) و ۱۸ خانواده (۴۵ درصد) دارای یک جوان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکرولوزیس بودند. همچنین همچنین ۶۵ درصد خانواده‌ها (۱۳ خانواده) دارای فرزند مبتلای پسر و ۳۵ درصد از آنها دارای فرزند مبتلای دختر بودند. جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیر پژوهشی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در هر سه خرده‌مقیاس توانمندی خانواده و در مجموع نیز میانگین گروه آزمایشی بیش‌تر از گروه کنترل می‌باشد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های توانمندی خانواده در پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
خانواده	آزمایش	۳۳/۳۵	۳/۹۱
	کنترل	۲۱/۷۰	۳/۴۳
خدماتی	آزمایش	۳۱/۱۰	۵/۲۵
	کنترل	۲۱/۳۰	۴/۴۹
اجتماعی	آزمایش	۳۰/۰۵	۲/۹۲
	کنترل	۲۰/۵۵	۳/۰۳
توانمندی کل	آزمایش	۹۶/۰۵	۶/۹۸

۵/۵۹	۶۳/۵۵	کنترل
( $n_1=n_2=20$ & $N=40$ )		

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، در صورت رعایت شدن پیش‌فرض‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس، این آزمون بهترین روش تجزیه و تحلیل می‌باشد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چندپیش‌فرض اولیه است. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون، وجود رابطه خطی بین متغیر همراه و متغیر وابسته و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها می‌باشد (شیولسون، ۱۳۸۴) که تمام پیش‌فرض‌ها در این پژوهش رعایت شده است. یکی از پیش‌فرض‌ها نرمال بودن توزیع نمرات است. هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. این پیش‌فرض حاکی از آن است که تفاوت مشاهده شده بین توزیع نمرات گروه نمونه و توزیع نرمال در جامعه برابر با صفر است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج حاصل از بررسی این پیش‌فرض در مورد نمرات متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		آماره	درجه آزادی	آماره	درجه آزادی
خانواده	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۲۰	۰/۳۱	۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۲۰	۰/۱۴	۲۰
خدماتی	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۲۰	۰/۱۹	۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۲	۲۰	۰/۳۱	۲۰
اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۱۱	۲۰	۰/۱۹	۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۲۰	۰/۱۲	۲۰
کل	پیش‌آزمون	۰/۱۶	۲۰	۰/۱۴	۲۰
	پس‌آزمون	۰/۱۳	۲۰	۰/۲۰	۲۰

جدول ۳ آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود مقادیر آماره‌های به دست آمده برای هیچ- کدام از متغیرها در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایشی و کنترل معنادار نمی‌باشند ( $P > 0/05$ ) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در متغیرها نرمال می‌باشد. پیش فرض بعدی که بررسی می‌شود همگنی واریانس‌ها است که یکی از مهمترین پیش فرض برای تحلیل کواریانس می‌باشد. هدف از بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها، مساوی بودن واریانس‌های گروه‌هاست. بدین منظور از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره f	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
خانواده	۰/۲۹	۱	۳۸	۰/۵۴۲
خدماتی	۱/۹۹	۱	۳۸	۰/۱۱۲
اجتماعی	۲/۹۸	۱	۳۸	۰/۰۹۱
کل	۰/۲۲	۱	۳۸	۰/۴۴۸

جدول ۴ آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد، در هیچ یک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ ). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. همچنین در بررسی پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون داده‌ها از این پیش فرض پشتیبانی کردند و F به دست آمده معنی دار نبود و بنابراین این پیش فرض نیز تأیید می‌شود ( $F=0/617$  ,  $Sig=0/543$ ). با توجه به اینکه مهمترین پیش فرضهای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است، نتایج این آزمون در جدول ۵ ارایه گردیده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها

منبع	متغیر	df	MS	F	Sig	Eta
پیش آزمون	خانواده	۱	۱۸/۶۱	۱/۱۶	۰/۲۹	۰/۰۳

۰/۰۱	۰/۵۵	۰/۳۷	۳/۲۵	۱	خدماتی	
۰/۰۸	۰/۰۷	۳/۵۰	۳۲/۲۳	۱	اجتماعی	
۰/۰۱	۰/۷۰۵	۰/۱۴۶	۵.۹۶۱	۱	کل	
۰/۷۵	۰/۰۰۱	۱۰۶/۰۰	۱۹۲۷/۱۰	۱	خانواده	
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۱۰۵/۲۵	۱۱۲۶/۲۷	۱	خدماتی	گروه
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۱۳۹/۵۰	۱۵۹۳/۱۲	۱	اجتماعی	
۰/۸۷	۰/۰۰۱	۲۵۴/۹۶	۱۰۴۴۶/۲۸	۱	کل	
			۱۸/۱۸	۳۷	خانواده	
			۱۰/۷۰	۳۷	خدماتی	خطا
			۱۱/۴۲	۳۷	اجتماعی	
			۴۰/۹۷	۳۷	کل	
				۴۰	خانواده	
				۴۰	خدماتی	کل
				۴۰	اجتماعی	
				۴۰	کل	

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها در متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که نمایان است با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون از لحاظ آماری معنادار است ( $\text{Sig.} = ۰/۰۰$ ) لذا نتایج نمایانگر تفاوت در بین گروه‌ها است یعنی بین دو گروه آزمایش که درمان را دریافت کرده بودند و گروه کنترل که هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرده بودند تفاوت معنی‌داری وجود دارد و توانمندی خانواده گروه آزمایش بهبود یافته بود. بخاطر اینکه تمام خرده‌مقیاس‌های متغیر توانمندی خانواده نیز تک‌تک مورد بررسی قرار گرفته است جدول شماره ۵ این چنین کامل گزارش شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکرولوزیس (MS) بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکرولوزیس (MS) اثربخش می‌باشد و فرضیه پژوهش به صورت کلی تأیید گردید.

به عبارت دیگر، اجرای درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند میانگین نمرات متغیر وابسته در این پژوهش را افزایش دهد.

تحلیل یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل کواریانس در این پژوهش، حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکرولولوزیس (MS) در مراحل پس‌آزمون بود که این یافته با نتایج پژوهش عزیزی، قاسمی و قربانی (۱۳۹۶) و عزیزی و کریمی‌پور (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در این خصوص پژوهش خارجی یافت نشد. باتوجه به اینکه پژوهش‌های محدودی در این زمینه انجام شده، پژوهش ناهمسو نیز پیدا نشد.

در تبیین نتایج به دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف بیشتر درمان‌ها به دنبال تغییر محتوای فکر نیست و یک درمان رفتاری می‌باشد که در پی آن است که از طریق ذهن آگاهی، پذیرش، تعهد، گسلش شناختی، انعطاف پذیری شناختی فرد افزایش می‌یابد و فرد بتواند به جای اینکه دائم به دنبال داشتن احساس خوب دست و پا بزند، بتواند خوب احساس کند و با پذیرش افکار و احساساتش به جای اجتناب از آنها به آنچه برایش ارزشمند است، دست یابد و کیفیت زندگی‌اش را بهبود ببخشد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمانجویان خواسته می‌شود بپذیرند که رنج، بخشی از تجربه طبیعی انسان است. با پذیرش رنج به عنوان یک تجربه، می‌توانیم یاد بگیریم که به آن، پاسخ سازگارانه‌تری بدهیم و بعضی از ارتباطات کلامی مان را با آن تغییر دهیم. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی که از بسیاری جهات با مواجهه درمانگری همخوانی دارد، بسیار نویدبخش بوده و مستقیماً مسایل همایند با مواجهه یعنی ترس و اجتناب و نگرانی‌های مربوط به توانمندی خانواده بیماران مبتلا به مالتیپل اسکرولولوزیس را از طریق ضعیف کردن غیرمستقیم باورهای غلط شناختی هدف قرار می‌دهد. هدف پذیرش در درمان مذکور آن است که باعث شود فرد هر آنچه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی ارائه می‌دهند را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها، بپذیرد. در حقیقت مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌خواهند مراجع تمرکزش را از تغییر و کاهش افکار و احساسات به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهد (هایز، ۲۰۱۰).

در مجموع می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق فرایندهای ذکر شده قادر به افزایش توانمندی خانواده‌هایی است که به طور مداوم درگیر مشکلات عضو بیمار خود و افکار و احساسات مربوط به آن می‌شود. در نتیجه سطح امیدواری و تلاش نیز در آنها افزایش می‌یابد. از طرفی، افزایش توانمندی خانواده موجب افزایش ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی، درد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، محدودیت نقش روانی و شادابی (واحدیان عظیمی، رحیمی بشر و امینی، ۱۳۹۷) می‌شود.

از محدودیت‌های این پژوهش کم بودن حجم نمونه به دلیل آمار پایین این بیماران و در دسترس نبودن خانواده آنها بود و همچنین وجود متغیرهای مزاحم شناسایی شده از جمله محل زندگی آزمودنی‌ها و ناهماهنگی در اجرای گروهی درمان و متغیرهای مزاحم شناسایی نشده و متنوع دیگر، در زمان اجرای پژوهش که موجب می‌شود در تعمیم یافته‌ها به جوامع درگیر احتیاط شود. با توجه به اهمیت موضوع، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر توانمندی خانواده‌های سایر بیماران بررسی کرده و نتایج را جهت استفاده متخصصان بالینی ارائه دهند. همچنین به متخصصان فعال در مراکز درمانی و مشاوره پیشنهاد می‌شود که با توجه به اثربخش بودن درمان مذکور بر توانمندی خانواده‌های دارای عضو مبتلا به بیماری مالتیپل اسکرولوزیس (MS)، برای افزایش توانمندی خانواده‌ها، به استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بپردازند. همچنین با توجه به اینکه پژوهش‌های محدودی در این زمینه انجام شده، پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهشگران به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر توانمندی خانواده‌های سایر بیماران و جوامع دیگر پژوهشی بپردازند.

تقدیر و تشکر: در پایان از تمامی عزیزانی ما را در اجرا و انجام این پژوهش یاری داده اند نهایت تقدیر و تشکر می‌شود.

### منابع

اخلی، ع؛ مسعودی، ر. (۱۳۹۸). تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۵(۳)، ۱۳-۹.

اصلی آزاد، م؛ منشئی، غ، ره؛ قمرانی؛ ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. *روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۶ (۳۶)، ۳۳-۵۳.

ایزدی، ره؛ عابدی، م، ر. (۱۳۹۲). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: جنگل.  
عزیزی، آ؛ قاسمی، س؛ قربانی، آ. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی خانواده درمانی کارکردی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و توانمندی خانواده های دارای فرزند با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۲۶، ۲۱۰-۱۷۷.

عزیزی، آ؛ کریمی‌پور، ب. ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر توانمندی خانواده های دارای فرزند مبتلا به بیماری دیستروفی عضلانی دوشن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۰ (۳)، ۲۰-۱۳.  
واحدیان عظیمی، ا؛ رحیمی بشر، ف؛ امینی، ح. (۱۳۹۷). تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به بیماری های مزمن: یک مطالعه سیستماتیک و فراتحلیل. *فصلنامه حیات*، ۲۴ (۲)، ۱۷۳-۱۵۲.

- Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R., & Ribeiro, O. (2015). Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 359-365.
- Buhse, M. (2008). Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. *Journal of Neurosci Nurs*, 40(1), 25-31.
- Forman, E. M., Herbert, JD., Moitra, E., Yeomans, PD., & Geller, PA. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*, 31(6), 772-799.
- Hayes, S.C., & Stroschal, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. An experiential approach to behavior change. New Yourk: Guilford.
- Jones V, Whitehead L, & Crowe MT. (2016). Self-efficacy in managing chronic respiratory disease: parents' experiences. *Contemporary Nurse*, 52(2-3), 341-351.
- Karande, S., Venkataraman, R. (2013). Impact of co-morbid attention-deficit/hyperactivity disorder on self-perceived health-related quality-of-life of children with specific learning disability. *Indian journal of psychiatry*. Jan 1;55(1):52.
- Kobelt. G., Berg, J., Lindgren, P., Gerfin, A., & Lutz, J. (2006). *Cost and quality of life of MS*. *Eur Journal of Health Econ*, 2(7), 568-595.
- Lauritsen, C. B., & Kokckrow, E. O. (2006). *Foundations and Adult Health Nursing*. 5 ed. Mosby.

- Mohr DC, Pelletier D. (2006). A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patient with multiple sclerosis. *Brain Behav Immun*, 20(1), 27-36.
- Scherder, R., Kant, N., & Wolf, E. (2017). Pain and Cognition in Multiple Sclerosis. *Pain Medicine*, 18(10), 1987-1998.
- Subandi, M. A. (2013). *The Role of Family Empowerment and Family Resilience on Recovery from Psychosis*, Unpublished Doctoral Dissertation, Gadjah Mada University.
- Wahlin, I. & Idvall, E. (2006). Patient empowerment in intensive care: An interview study. *Intensive Crit Care Nurs*, 22(6), 370-377.
- Zettle RD, Rains JC, & Hayes SC. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif*, 35(3), 265-83.
- Zwibel, HL. (2009). Contribution of impaired mobility and general symptoms to the burden of multiple sclerosis. *Adv Ther*, 26(12), 1043-1057.

