

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا  
به بیماری ام اس

**The effectiveness of adherence-based treatment and commitment  
to resilient people MS**

**Dr Maryam Farahani**

Ph.D. Consulting Group,  
Khomein Branch, Islamic Azad  
University, Khomein

دکتر مریم فراهانی

دکتری گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد  
اسلامی، خمین

**Dr Hasan Heidari**

Ph.D. Consulting Group,  
Khomein Branch, Islamic Azad  
University, Khomein

دکتر حسن حیدری

دکتری گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد  
اسلامی، خمین

**Abstract**

Aim this study was conducted to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency of MS patients. The method design of this study was semi-experimental with past test, pre test and control group. The statistical population was all the arakian MS patients who had membership of arak wefarel in 1392. Participants include 30 patients chose by screening and divided to control and test group by random. We used the Conner-Davidson Resilience Questionnaire (CD-R1Q) that all of participants complete it in post and pre test. The test group participant in 8 session (90 minutes each session) according to acceptance and commitment protocol. Data were analysed as descriptive and perceptive statistics using SPSS program. Result: Covariance tests results indicate that acceptance and commitment therapy increases resiliency of MS patients. Effectiveness index calculated 0/36. Conclusion: Acceptance and commitment therapy that focus on

**چکیده**

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به ام اس بود. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به ام اس در شهر اراک که در سال ۱۳۹۵ در بهزیستی شهرستان اراک دارای پرونده بودند و نمونه شامل ۳۰ نفر که به صورت غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری کونر و دیویدسون بود که کلیه شرکت کنندگان در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به آن پاسخ دادند و گروه آزمایش نیز طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای طبق پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند. تحلیل داده ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی با نرم افزار SPSS انجام شد.

نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب آوری شده است ( $p < 0/05$ ) همچنین ضریب تاثیر برابر با ۰/۳۶ برآورد

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به بیماری ام اس

acceptance of reality ,to value yourself and to increase patients obligation to therapy , reduce anxiety and increases resiliency and lifes quality of MS patients.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy -resiliency-MS patients

شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش واقعیت موجود و بها دادن به خود موجود و افزایش تعهد فرد به برنامه برای تغییر باعث کاهش اضطراب و افزایش تاب آوری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری ام اس می شود.

واژه های کلیدی : درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ، تاب آوری ، افراد مبتلا به ام اس

### مقدمه

بیماری ام اس<sup>۱</sup> یک بیماری ناتوان کننده است که مغز و نخاع را تحت تأثیر قرار داده و باعث از دست دادن کنترل، دید، تعادل و حواس (بی حسی) می شود. در بیماری ام اس اعصاب مغز و نخاع توسط سیستم ایمنی بدن آسیب می بینند که به این اختلال بیماری خودایمنی می گویند. (کورتوکس<sup>۲</sup> و همکاران ، ۲۰۰۱) بیماری های خودایمنی بیماری هایی هستند که در آن ها سیستم ایمنی بدن که وظیفه شان حفاظت از بدن و نابود کردن آسیب رسان های خارجی همچون باکتری هاست، اشتبهاً شروع به حمله به بافت های بدن می نمایند. در بیماری ام اس، سیستم ایمنی بدن شروع به حمله به مغز و نخاع دوتا از اجزاء مهم که سیستم مرکزی اعصاب را کنترل می کنند، کرده و باعث فلج شدن و از کارافتادگی آنها می شود. سایر بیماری های خودایمنی شامل لوپوس و آرتریت روماتوئید می شود (دیورتی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

آسیب دیدن اعصاب در بیماری ام اس سیستم مرکزی اعصاب از میلیون ها عصب تشکیل شده که وظیفه انتقال پیام ها بین مغز و اجزای بدن را بر عهده دارند. این اعصاب پوشیده از لایه ای محافظ بنام میلین<sup>۴</sup> (نوعی چربی) که از تداخل اعصاب باهم جلوگیری می نماید (کاری که لایه محافظ سیم های الکتریکی انجام می دهد). در بیماری ام اس سیستم ایمنی بدن شروع به آسیب رساندن به این چربی ها کرده و با این کار باعث

<sup>1</sup>. Multiple Sclerosis

<sup>2</sup> Cottraux

<sup>3</sup>- Dougherty

<sup>4</sup>. Myelin

می‌شود، انتقال پیام توسط این اعصاب مختل شده و مغز قدرت کنترلی خود بر بدن را از دست دهد. در این شرایط بدن دچار کاملاً فلج و ناتوان می‌شود.

هرچند که شفایی برای بیماری ام اس وجود ندارد، اما با درمان و مراقبت می‌توان حملات ام‌اسی و سرعت پیشرفت بیماری را کاهش داد. بر طبق انجمن ملی ام‌اس آمریکا حدود ۴۰۰۰۰۰ آمریکایی به این بیماری مبتلا هستند و این بیماری بین زنان دو تا سه برابر شایع‌تر از مردان است. همچنین بیشترین خطر ابتلا به این بیماری بین نوجوانی و سن ۵۰ سالگی می‌باشد. (دوره‌میم<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)

رجیبی و یزدخواستی (۱۳۹۲) در مطالعه خود تحت عنوان «بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ام‌اس با برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران شرکت کننده در جلسه ماهیانه انجمن ام‌اس شهر اصفهان این پژوهش به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌پردازد که در جلسات ماهیانه انجمن ام‌اس شهر اصفهان شرکت می‌نمودند. در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس به دو گروه کلی سلامت فیزیکی و سلامت ذهنی تقسیم شده است که سلامت فیزیکی در چهار زیرشاخه درد جسمانی، سلامتی عمومی، نقش فیزیکی، اعمال فیزیکی و سلامت ذهنی در چهار زیرشاخه سرزندگی، اعمال اجتماعی، نقش عاطفی و توانایی ذهنی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

حارث آبادی و همکاران (۱۳۸۹) در مقاله خود بیان می‌کند که میانگین نمره ناتوانی بیماران  $1/1 \pm 2/3$  بود. متوسط نمرات کیفیت زندگی در ۱۲ بعد پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران ام‌اس  $56/2$  بود. کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد محدودیت نقش مرتبط با مشکلات جسمی ( $39/7 \pm 39/6$ ) بود. نمره شدت ناتوانی با ابعاد جسمی کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری داشت ( $P < 0/05$ ) و با ابعاد روحی رابطه معنی‌داری نداشت. در این مطالعه کیفیت زندگی تقریباً در حد متوسط بود که این ممکن است به خاطر خفیف بودن بیماری مبتلایان و کوتاه بودن دوره بیماری بوده باشد. مطالعه ما نشان داد که وضعیت ناتوانی روی ابعاد جسمی کیفیت زندگی مؤثر است.

<sup>1</sup> Durham

همچنین ساعدی (۱۳۹۲) بیان می کند حالت افسردگی اغلب پس از نومیدی و یا احساس از دست دادن چیزی به وجود می آید ولی بسیاری اوقات هم ظاهراً و هم ناگهانی و خود به خود ایجاد می شود. افسردگی محدود به زمان و مکان خاصی نیست بلکه واکنشی است در مقابل استرس و حالتی است که در هر زمان برای هر کس ممکن است روی دهد.

سلامت روان این گروه از بیماران سالیانی است که مورد توجه قرار گرفته است دو متغیر مرتبط با سلامت روان تاب آوری و سر سختی روانشناختی است. ارتقاء تاب آوری منجر به رشد افراد در به دست آوردن تفکر و مهارت های خود مدیریتی بهتر و دانش بیشتر می شود (عباسی ، ۱۳۹۲). همچنین تاب آوری با روابط حمایتی والدین، همسالان و دیگران و همچنین با باورهای فرهنگی و سنتی به افراد برای مقابله با ضربه های غیرقابل اجتناب زندگی کمک می کند. (علمداری، ۱۳۹۲) تاب آوری در انواع رفتارها، افکار و اعمال می تواند آموخته شود و آن را می توانید در سراسر دوره زندگی توسعه دهد (جوکار، ۱۳۸۶). فریدمن<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) تاب آوری را به عنوان توانایی عبور از دشواری ها و غلبه بر شرایط در زندگی تعریف می کند. ماریانی و همکاران (۲۰۰۷): ترجمه رسولی، ۱۳۹۱) تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار تعریف می کند.

درمان های بسیاری باعث ارتقای تاب آوری شده اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی<sup>۲</sup>، پذیرش<sup>۳</sup> و گسلش شناختی<sup>۴</sup> برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی<sup>۵</sup> استفاده می کند (شپیرا<sup>۶</sup> و همکاران ۲۰۰۴). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی عبارت است از: افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال (انوری و همکاران ، ۱۳۹۳) و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن ها امکان پذیر است، انتخاب کنند به شیوه ای عمل نمایند

<sup>1</sup> Friedman

<sup>2</sup> Mindfulness

<sup>3</sup> Acceptance

<sup>4</sup> Cognitive defnasion

<sup>5</sup> Psychological flexibility

<sup>6</sup> Shapira

که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد. (ایراندوست و همکاران ، ۱۳۹۳ ، پورفرح، ۱۳۹۰ و بقولی ، ۱۳۹۳)

رازهای نهفته در این شیوه درمانی باعث شده است بر اضطراب ، سلامت روان ، افسردگی ، و سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیر گذار باشد (حسینائی و همکاران ، ۱۳۹۳) پژوهش‌های فوق ذکر مهر تأییدی است بر عملکرد مناسب این درمان در ایران و سایر کشورهای دنیا این درمان بر تأثیری که بر ذهن و حوزه روان‌شناختی دارد بر میزان سلامت روان افراد اثر مستقیم دارد .

در کل فکر ایجاد شده از یک موقعیت (افکار خود آیند ) تنها یک فکر است. وقتی فرد از پرداختن به آن اجتناب کند یا بهتر بگوییم فرار کند ، پذیرشی صورت نمی‌گیرد و اینجاست که به جای گسلش ، آمیختگی ایجاد می‌شود (حقیقی ، ۱۳۹۲) یعنی فکر به جای این که با فکر پاسخ داده شود واقعیت دیده می‌شود و فرد با توجه به آن دست به پاسخ می‌زند (خاکباز ، ۱۳۹۳، دهقانی ۱۳۹۲) . مثلاً فردی که زندگی او پوچ است و امیدي به آینده ندارد واقعاً خود را در این مرحله می‌بیند و به‌جای گسلش و جدایی بین فکر و واقعیت آمیختگی را در خود شکل می‌دهد پس نه ارزش‌های خود را می‌بیند و نه رضایتی از خود دارد و در نهایت هیچ تعهدی نسبت به رفتارش نخواهد داشت (عبداللهی پور، ۱۳۹۲) به همین شکل افراد افسرده و مضطرب با پذیرش موقعیت به وجود آمده گسلش را یا به صورت تنها یا با کمک تسهیل‌گر به سمت حل مسائل به وجود آمده می‌رود حال با توجه به کاهش اختلالات و افزایش سلامت به کمک این درمان می‌توان این درمان بر کیفیت زندگی نیز اثر بخش است (لشی، ۱۳۹۲). و این راهی مطمئن است که فرد به امید و تاب آوری در برابر مشکلات برسد به طوری دیگر با کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود وضعیت سلامت فرد بهتر عمل می‌کند (جیکسی<sup>۱</sup> و همکاران ، ۲۰۱۵) و از نظر شناختی بهتر تصمیم می‌گیرد و در نتیجه به تاب آوری بهتر روبه رو می‌شود پژوهش‌های بسیاری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری اثر بخش است از جمله رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۲) که تاکید دارند که این درمان همچون درمان شناختی

<sup>1</sup> Jiaksi

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به بیماری ام اس

رفتاری به خوبی عمل می کند ویلسون (۲۰۰۹) که بیان می کند این درمان بر روی بیماران ام اس و خانواده ایشان خوب عمل می کند و باعث تاب آوری و سخت رویی آنها می شود. مهشیکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) و آماندا<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) نیز به صورت دیگر بیان می کند که با افزایش تاب آوری و تحمل و ارتقای کیفیت زندگی به کمک این درمان ما شاهد بهبود کیفیت زندگی این افراد هستیم. حال با توجه به شرایط افراد مبتلا به ام اس این سوال پیش می آید که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس اثر بخش است؟

### روش

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است در این طرح . یکی از دو گروه در معرض متغیر مورد آزمایش (متغیر مستقل) قرار می گیرد که آن را گروه آزمایش می نامند. گروه دیگر در معرض متغیر مستقل واقع نمی شود و برنامه همیشگی و قبلی خود را ادامه می دهد؛ که به آن ، گروه کنترل یا گواه می گویند(نادری و نراقی، ۱۳۹۰) جامعه آماری : شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس در شهر اراک که در سال ۱۳۹۵ در بهزیستی شهرستان خمین دارای پرونده هستند تعداد ایشان طبق آمار سازمان بهزیستی شهرستان اراک برابر با ۲۵۶ نفر بود. و نمونه شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس که به صورت در غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ تایی آزمایش و گواه گمارش شدند ملاک های ورودی تحقیق : ۱- فرد در دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال باشد ۲- حداقل مدرک دیپلم ۳- داشتن پرونده در سازمان بهزیستی ۴- داشتن تاب آوری ملاک های خروجی : ۱- مصرف قرص های ضد اضطراب و افسردگی ۲- داشتن اختلالات روانی .. در این پژوهش از پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون<sup>۳</sup>، (۲۰۰۳) استفاده شد مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون برای برای سنجش تاب آوری به کار برده می شود (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). ایشان با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱ و ۱۹۷۹ که در زمینه تاب آوری تهیه کرده است و بررسی ویژگی های

<sup>1</sup> Mahishika

<sup>2</sup> Amanda

<sup>3</sup> -Konor & Davidson

روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مشکلات اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، این مقیاس را تهیه کرده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (محمدی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه که در یک مقیاس لیکرتی از صفر کاملاً نادرست تا نمره پنج همیشه درست نمره‌گذاری می‌شود این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب‌های بین ۴۱ تا ۶۴ را نشان داد همچنین ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمده است (محمدی، ۱۳۸۴). همچنین این پرسشنامه در تحقیقات بسیاری در ایران از جمله نریمانی و عباسی (۱۳۸۸) مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین گروه آزمایش طی هشت جلسه آموزشی در کارگاه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند که پروتوکل درمانی به شرح زیر است این بسته درمانی برگرفته از بسته آموزشی جلسات سلیمی (۱۳۹۲) است.

زمان	توضیحات	هدف جلسه
۲ ساعت	در این جلسه تعریف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاریخچه و فواید آن در زندگی و اینکه در چه مواردی ما را یاری می‌رساند مطرح شد.	جلسه اول: آشنایی گروه با یکدیگر، با درمانگر و طرح کلی درمان ویژگی‌های مربوط به هر آزمودنی است
۱:۳۰ ساعت	مرور مطالب جلسات قبلی و آموزش مطالب جدید درباره اصول و قوانین درمان درمانی (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی).	جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی
	مرور مطالب جلسات قبلی و آموزش مطالب جدید درباره اصول و قوانین درمان (خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)	جلسه سوم: آشنایی با مفاهیم درمانی

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به بیماری ام اس

۱:۳۰ ساعت		
۱:۳۰ ساعت	مروری بر مطالب جلسه قبل شد و همچنین بررسی اهدافی که برای خود در نظر گرفته و اولویت بندی کرده بودند. در این جلسه تمرکز بر تمرین عملی مطالب آموخته شده در جلسات پیش بود	جلسه چهارم: تمرین عملی دو جلسه قبلی
۲ ساعت	در این جلسه مروری بر مطالب جلسه قبل ارائه اصول نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و سپس ارائه مطالب در حوزه مواجهه مناسب با تجارب ذهنی و تمرین عملی در این حوزه	جلسه پنجم: نحوه پاس خگویی و مواجهه مناسب با تجارب ذهنی شان
۲ ساعت	در این جلسه مروری بر مطالب جلسه قبل شد. ارائه مطالب نظری در حوزه سبک زندگی، زندگی اجتماعی و فردی، و ارائه راهکارهایی برای ایجاد تعهد در افراد برای پایبندی به آموزشها	جلسه ششم: سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آنها، آموزش داده شد
۱:۳۰ ساعت	در این جلسه مروری بر مطالب جلسه قبل شد مرور عملکرد عملی تک تک شرکت کنندگان و یادآوری اصول تعهد	جلسه هفتم: کاربرد عملی درمان
۲ ساعت	در این جلسه مروری بر مطالب جلسه قبل شد؛ و مطالب جدید به شرح ارائه شد. اصول نظری کلی درمان و سپس تکرار فعالیت‌های ارائه شده و نظارت بر عملکرد ۸ جلسه ای افراد و در انتها اجرای پس آزمون	جلسه هشتم: تأکید بر اصول نظری و عملی

افراد در هر جلسه مختصری از روابط اجتماعی خود را در جامعه گزارش داده و در هر جلسه تشویق می‌شدند از اصول آموزش دیده جلسات قبلی و مبنای و راهکارها برای تسهیل روابط اجتماعی و فردی خود و دیگران و افکار و عقاید استفاده کنند و نتایج مثبت و منفی حاصل از آن را بیان نمایند. شرکت کنندگان تجارب خود را به خوبی در جلسات



به چالش می‌گذاشتند و نقاط ضعف و قوت خود را در می‌یافتند. محقق از نظرات آزمودنی‌ها جهت رفع نقایص موجود نیز در امر آموزش جلسات بعدی استفاده می‌کرد. نحوه اجرا و جمع آوری داده نیز به این صورت بود که در تحقیق پرسشنامه‌ها طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به شرکت کنندگان در تحقیق داده شد. قبل از آن نیز اطلاعات و توضیحات لازم به شرکت کنندگان داده شده و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه و در نزد محقق است و هیچ‌گونه استفاده دیگری از آن نخواهد شد. همچنین اگر هر کدام از شرکت کنندگان در تحقیق نیاز به کمک و مشاوره داشتند در پایان اجرای پژوهش به آن‌ها توضیحات لازم داده و مشکلات آن‌ها برطرف می‌شد؛ و در پایان نیز از آزمودنی‌ها برای شرکت در این تحقیق تشکر شد. تحلیل اطلاعات به دست آمده در تحقیق در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد به طوری که در بخش توصیفی نمودار و فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی آزمون کوواریانس و مفروضه‌های آن استفاده شد که این تحلیل با نرم افزار SPSS 22 انجام شد.

#### یافته ها

تحلیل داده ها در دو سطح یافته های توصیفی و استنباطی انجام شد که در ابتدا با توجه به شاخص های مرکزی و پراکندگی به توصیف داده پرداخته می شود  
جدول ۱- تحلیل اطلاعات در سطح توصیفی از متغیر تاب آوری

گروه آزمایش		گروه گواه		متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
۳۹/۴۴	۳۲/۵۸	۳۰/۷۸	۳۳/۵۶	میانگین تاب آوری
۴/۵۴	۴/۱۷	۳/۷۰	۳/۴۵	انحراف معیار

باتوجه به جدول ۱- که بیانگر تحلیل داده های تاب آوری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است برای گروه گواه در مرحله پیش آزمون برابر با ۳۳/۵۶ و برای مرحله پس

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به بیماری ام اس

آزمون  $30/78$  است و برای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون  $32/58$  و در مرحله پس آزمون  $39/44$  است.

جدول ۲ تحلیل اطلاعات نرمال بودن و همگونی واریانس ها در مرحله پیش آزمون

متغیر	نمره Z	سطح معناداری	F	سطح معنی داری
تاب آوری	۱/۳۲	۰/۰۹۱	۰/۵۱۳	۰/۴۴۲

با توجه به جدول ۲ که بیان گر نرمال بودن توزیع داده و همگونی واریانس ها است ، با توجه به نمره Z و F به دست آمده و سطح معناداری بیشتر از  $0/05$  فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع و همگونی واریانس اطلاعات تایید می شود. در نتیجه متغیر تحقیق دارای توزیعی نرمال واریانسی مشابه هستند.

جدول ۳ تحلیل اطلاعات به دست آمده با توجه به آزمون کوواریانس

منابع	مجذور مربعات درجه آزادی میانگین مربعات آماره F سطح معناداری ضریب	ایتا				
اثر متغیر پیش آزمون	۴۵۸/۳۳	۱	۴۵۸/۳۳	۷/۹۳	۰/۰۱۷	۰/۱۱
اثر متغیر مستقل	۳۲/۳۶	۱	۳۲/۳۶	۰/۸۶	۰/۰۴۱	۰/۳۶
خطا	۱۰۴۵/۴	۲۷	۳۶/۷۱			
کل	۵۲۴۰۵	۲۹				

همانگونه که جدول ۴-۱۴ نشان می دهد، پیش فرض همبستگی متغیر همپراش با متغیر پس آزمون رعایت شده است و از این امر تخطی نشده است (سطح معنی داری برابر با  $0/017$  است). همچنین تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش با پس آزمون گروه گواه، پس از کنترل تفاوت های اولیه در پیش آزمون در تاب آوری ( $P < 0/05$ ) وجود دارد؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری شرکت کنندگان مؤثر بوده است (ضریب تأثیر برابر با  $0/36$  است).

### بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد مبتلا به بیماری ام‌اس موثر بوده است که این نتیجه با پژوهش‌های رجیبی و یزدخواستی (۱۳۹۲)، ویلسون (۲۰۰۹)، مهشیکا (۲۰۱۰) و آماندا (۲۰۱۵) همسو بوده است.

همانطور که قبلاً اشاره شد بسیاری از افراد مبتلا به ام‌اس نمی‌خواهند یا نمیتوانند اضطراب همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تحمل کنند. برخی از افراد مبتلا به ام‌اس در حین درمان یا درمان‌ها را کرده یا آن را نمی‌پذیرند و این عدم پذیرش درمان را به صورت رفتارهایی مثل غیبت در جلسات و عدم انجام تکالیف رفتاری نشان می‌دهند. به این دلیل که در این درمان از مواجهه درون جلسه استفاده نشد. گرچه تعهدات رفتاری لزوماً شامل مواجهه با موقعیتهای پرفشار در خارج از جلسه بود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن بود که به بیماران بیاموزد چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کنند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه هیجانات نامطبوع مثل اضطراب را بیشتر تحمل کنند. در حقیقت استفاده از تکنیکهای گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیتهای را برای آزمودنیها کاهش میداد و گرچه در این درمان بهبود وضعیت درمان بیماری ام‌اس و حالات جسمانی به طور مستقیم هدف قرار داده نمیشد، اما به گفته فوربس<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) کاهش اضطراب موقعیتهای پر استرس در نتیجه استفاده از تکنیکهای گسلش و پذیرش، منجر به افزایش تاب‌آوری شد. در این درمان بحثهای مفصلی پیرامون ارزشها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزشها توسط فرد شد. شاید یکی از دلایل دیگر این افزایش تاب‌آوری تصریح ارزشها و پرداختن به ارزشها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن به اعمال مواجهه با شرایط است. به عبارت دیگر در اینجا هدف کمک به فرد بود تا تاب‌آوری در یک موقعیت فقط تجربه کند و به جای پاسخ به افکاری که از فشار روانی منتج شده به آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزشهایش میباشد، پردازد. شرکت‌کنندگان آموختند که وجود فشارها و اضطرابها و فکرها نسبت به آنها به

<sup>1</sup> Forbes

خودی خود مسأله نیست، بلکه مسأله اصلی تلاش آنها برای تاب آوری در برابر آنها است.. الهی<sup>۱</sup> و همکاران، (۲۰۰۸) در حقیقت هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای پر استرس بود؛ چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده میشود در مجموع نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از آن بود که این درمان منجر به افزایش معناداری در تاب آوری این بیماران شده است، گرچه در هیچ جای درمان کاهش اضطراب و عوامل استرس زا به طور مستقیم هدف قرار داده نشد. در واقع فرآیندهای مرکزی اکت به شرکت کنندگان آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسلیده شود، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهدهگر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزشهایش را تصریح کند و به آنها بپردازد(احمدی، ۱۳۸۶)

مشکل ام اس یک فرد در خانواده بر عقاید، باورها، افکار و احساسات خود فرد و اطرافیان تاثیر قابل ملاحظه ای دارد تا جایی که خود فرد احساسات مختلفی از جمله سردرگمی، تلخ کامی، تکذیب و انکار، افسردگی، ناامیدی و بسیاری از احساسات منفی متفاوت را تجربه می کنند که این خود بر میزان تاب آوری و رفتار سرسختانه فرد تاثیر منفی دارد و در نهایت باعث تاب آوری کمتر فرد می شود. به کار گیری ACT به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می تواند ضمن کاهش علائم روانی اثر بخشی را افزایش می دهد و موجب افزایش تاب آوری گردد.

---

<sup>1</sup> Elhai

## منابع

- احمدی (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش کار آمد، افسردگی و اضطراب، پی گیری ۶۰ روزه. فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱، ۵۹-۴۹
- انوری، محمد حسن، ابراهیمی، امراله، نشاط دوست حمید، افشار، حمید، عابدی، احمد. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن*. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، شماره ۲۹۵، هفته چهارم شهریور. ۱
- ایران دوست، فروزان، نشاط دوست حمید، نادی، محمد علی، صفری، سهیلا. (۱۳۹۳). *تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن*. فصلنامه روانشناسی بالینی، شماره ۲۲، تابستان ۷۵-۸۴
- بقولی، حسین. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی رساله دکترای تخصصی، منتشر نشده
- پورفرج، مجید. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان*. فصلنامه دانش و تندرستی، سال ششم، شماره ۲، تابستان ۱.
- حسینائی، علی، احدی حسن، فتی لادن، حیدری، علیرضا، مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۲). *تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی*. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، شماره ۷۳، تابستان ۱۰۹-۱۲۰.
- حقیقی، اشرف. (۱۳۹۲). *نقش نگرانی و نشخوار فکری در نشانگان وسواس و افسردگی*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قزوین، دانشکده علوم و تحقیقات، گروه روانشناسی.
- خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت آمفتامین بازتوانی شده*. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی پایان نامه کارشناسی ارشد کارشناسی ارشد. منتشر نشده
- دلاور، علی (۱۳۹۳)، *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، انتشارات ویرایش، چاپ سوم، تهران
- دهقانی ناژوانی بهاره (۱۳۹۲). *بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان*. پایان نامه. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده
- رجبی، ساجده، یزدخواستی فریبا. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام/اس*. فصلنامه روانشناسی بالینی، شماره ۲۱، بهار ۲۹.
- ساعدی، مژگان (۱۳۹۲). *اثربخشی روش درمانی پذیرش- تعهد بر اضطراب، افسردگی و بهبود اختلال وابستگی به مواد* دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی - دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری افراد مبتلا به بیماری ام اس

عباسی، مسلم (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش‌های پذیرش و تعهد و تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری و رفتارهای پرخطر دانش‌آموزان دارای اختلال ریاضی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. رساله دکترای تخصصی. منتشر نشده

عبداللهی پور، محسن. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری. دانشگاه محقق اردبیلی - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده.

علمداری، الهه (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین ناباور. دانشگاه محقق اردبیلی - دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی پایان نامه کارشناسی ارشد. منتشر نشده.

لشنی، لیلا (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و روان‌درمانی شناختی-رفتاری گروهی (CBT) بر بهزیستی روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان دارای همسر معناده. طرح پژوهشی سازمان بهزیستی کشور

- Amanda E. Lee D..(2015). Applications and adaptations of *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents*. Journal of Contextual Behavioral Science Volume 4, Issue 1, January, Pages 1-11
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Dougherty, D. D., Baer, L., Cosgrove, G. R., Cassem, E. H., Price, B. H., Nierenberg, A. A., et al. (2002). Prospective long-term follow-up of 44 patients who received cingulotomy for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 269-275.
- Durham, T.A., Brennan, J.A., Armour, C., Wutrick, H.R., Frueh, B.C., Elhai, J.D., (2014). *DSM-5 PTSD's symptom dimensions and relations with major depression's symptom dimensions in a primary care sample*. *Psychiatry Res.* 215, 146-153.
- Elhai, J.D., Grubbaugh, A.L., Kashdan, T.B., Frueh, B.C., (2008). *Empirical examination of a proposed refinement to DSM-IV posttraumatic stress disorder symptom criteria using the National Comorbidity Survey Replication data*. *J. Clin Psychiatry* 69, 597-602.
- Forbes, D., Lockwood, E., Elhai, J.D., Creamer, M., O'Donnell, M., Bryant, R., McFarlane, A., Silove, D., (2011). *An examination of the structure of posttraumatic stress disorder in relation to the anxiety and depressive disorders*. *J. Affect. Disord.* 132, 165-172.
- Friedman, M.J., (2013). *Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next*. *J. Trauma. Stress* 26, 548-556.
- Jiaxi L. Marianne Lüking, David Daniel, Monica Buhman, Gerhard Andersson.(2015). Effectiveness and cost-effectiveness of a guided and unguided internet-based Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: Study protocol for a three-armed randomised controlled trial. *Internet Interventions* Volume 2, Issue 1, March, Pages 7-16
- Mahishika Karunaratne. (2010). *ACT in treatment of phobias*. *Complementary Therapies in* 16, Issue 4, November 2010, Pages 203-207
- Watson, D., (2009). *Differentiating the mood and anxiety disorders: a quadripartite model*. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 5, 221-247.