

# Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Social Support and Life Expectancy of Caregivers of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS): A Case Study

Shavaran R (M.A.)<sup>1\*</sup>, Dehghani Champiri A (Ph.D.)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>M.A. in Clinical Psychology, Department of Psycholog, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran

<sup>2</sup>Assistant Professor, Department of Psycholog, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran

## Abstract

**Introduction:** Caring for patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS) presents numerous challenges that can significantly impact caregivers. These challenges necessitate interventions to increase perceived social support and improve life expectancy. Therefore, the objective of the present study was to conduct a case study to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy in enhancing perceived social support and life expectancy among caregivers of patients diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

**Methods:** The research method is semi-experimental with a single-subject design, in which A B design was used. This research performed ten measurements (3 times as a baseline, four times during treatment, and three times in the follow-up phase). The research community comprised caregivers of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) patients referred to the Isfahan Neuropathy Support Association in the first half of 2011. Two individuals were selected using convenience sapling. The research tools were the Multiple Social Perceived Support Scale (MSPSS) and Life Expectancy Scale (LES). The treatment sessions, based on acceptance and commitment, were conducted over eight sessions, with each session lasting 90 minutes. These sessions took place on a weekly basis for two individuals affiliated with the Society for the Support of Neuropathy Patients. The data analysis was performed using shape and visual analysis techniques.

**Results:** The results showed that Acceptance and Commitment Therapy is effective in perceived social support (42.79%) and life expectancy (43.77%) of caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

**Conclusion:** Acceptance and Commitment Therapy is a functional intervention to improve the perceived social support and life expectancy of caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS).

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Amyotrophic Lateral Sclerosis, Life Expectancy, Social Support

Sadra Med Sci J 2023; 11(3): 333-352.

Received: Dec. 30th, 2022

Accepted: Jul. 11th, 2023

\*Corresponding Author: **Shavaran R.** M.A. in Clinical Psychology, Department of Psycholog, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Iran, royasadat.shavaran@gmail.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۱۱، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۳۳۳ تا ۳۵۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

گزارش موردی  
(Case Report)

## اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS): مطالعه موردی

رویا سادات شاوران<sup>۱\*</sup>، اکرم دهقانی چمپیری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران

### چکیده

**مقدمه:** پیچیدگی‌های نحوه مراقبت از بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مشکلات بسیاری را به مراقبان تحمیل می‌کند و همین امر اعمال مداخله برای افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی را ضروری می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه موردی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) انجام شد.

**روش‌ها:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح تک آزمودنی بود و در آن از طرح A B استفاده شد. در این پژوهش ۱۰ بار اندازه‌گیری (۳ بار به‌عنوان خط پایه، ۴ بار طی درمان و ۳ بار نیز در مرحله پیگیری) به عمل آمد. جامعه آماری پژوهش را مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) که در نیمه اول سال ۱۴۰۱ به انجمن حمایت از بیماران نوروپاتی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد و این افراد به‌صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) و مقیاس امید به زندگی (LES) بود. جلسات درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای هر دو نفر در مطب روانشناس به‌صورت انفرادی اجرا شد. بررسی داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده (۴۲/۷۹ درصد) و امید به زندگی (۴۳/۷۷ درصد) مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله کاربردی به‌منظور بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی مراقبان بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) در نظر گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، اسکروز جانبی آمیوتروفیک، امید به زندگی، حمایت اجتماعی

\* نویسنده مسئول: رویا سادات شاوران، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، ایران،  
royasadat.shavarani@gmail.com

## مقدمه

فعالیت‌های سخت و طاقت‌فرسا برای مراقبان است (۸) و می‌توانند با ایجاد ناراحتی‌های جسمانی و روانی (۷)، اثرات منفی بر امید به زندگی<sup>۳</sup> این گروه داشته باشند (۹).

اشنایدر<sup>۴</sup> (۱۰)، امید به زندگی را به‌عنوان توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به‌سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و کارگزار یا عوامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها تعریف می‌کند. اوه<sup>۵</sup> و همکاران (۹) گزارش نمودند مراقبان بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک از امید به زندگی پایین‌ترنج می‌برند. امید به زندگی با نیروی نافذ خود در واقع تحریک‌کننده فعالیت است برای اینکه شخص بتواند تجربه‌های جدید کسب نماید و نیروهای تازه‌ای در مقابله با عوامل استرس‌زا ایجاد کند (۱۱). از سوی دیگر، امید نیرویی هیجانی است که به افراد انرژی می‌بخشد، تجهیزشان می‌کند و مانند کاتالیزوری برای کار و فعالیت عمل می‌کند. امید، باعث انعطاف‌پذیری، نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی می‌شود که زندگی بر افراد تحمیل می‌کند (۱۲). بنابراین تلاش برای افزایش امید به زندگی می‌تواند در مراقبان مبتلایان به اسکروز جانبی آمیوتروفیک به‌عنوان یک منبع قدرتمند مقابله‌ای در سازگاری با مشکلات ناشی از حضور بیمار در خانواده، محسوب شود. از سوی دیگر مطالعات انجام‌شده نشان داده‌اند که مراقبان این بیماران به دلیل اختلالات شدید و احتمال مرگ زودهنگام بیمارانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، با شرایط استرس‌زایی مواجه هستند که نیاز آنان به درک حمایت اجتماعی<sup>۶</sup> را پررنگ می‌سازد (۱۳).

در تعریف حمایت اجتماعی، دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد. این اصطلاح گاه به وجود روابط اجتماعی یا کمیت روابط اشاره دارد و گاه به نوع خاصی از روابط اجتماعی توجه می‌کند. ساخت روابط اجتماعی و محتوای کارکردی روابط نیز از جمله مواردی است که در تعریف حمایت

اسکروز جانبی آمیوتروفیک<sup>۱</sup> یک اختلال عصبی پیش‌رونده است که با اختلال عملکرد و انحطاط نورون‌های حرکتی فوقانی در قشر و نورون‌های حرکتی تحتانی در ساقه مغز و نخاع توصیف می‌شود و در نهایت به فلج عضلانی و مرگ می‌انجامد (۱). متوسط مدت زمان زنده ماندن این بیماران از زمان ابتلا، ۲ تا ۵ سال گزارش شده است و تنها ۱۰ درصد از بیماران بیش از ۱۰ سال زنده می‌مانند (۲). علت این بیماری ناشناخته است و تنها عوامل شناخته‌شده در سبب‌شناختی این اختلال، سن و سابقه خانوادگی افراد هستند. بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده این بیماری عمدتاً بر افراد بالای ۴۰ سال تأثیر می‌گذارد و میزان خطر بروز آن با افزایش سن، بالا می‌رود (۳)؛ با این حال شواهدی وجود دارد که عوامل قومی و محیطی را در شیوع جهانی آن دخیل می‌دانند (۴). اسکروز جانبی آمیوتروفیک، شایع‌ترین بیماری در میان بیماری‌های دژنراتیو عصبی<sup>۲</sup> در کشورهای اروپایی است (۵) و تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۴۰، ابتلا به این بیماری در دو کشور لیبی و ایران به بیش از دو برابر خواهد رسید (۱).

علاوه بر این، نیمی از بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک، ممکن است در طول دوره بیماری دچار اختلالات شناختی و رفتاری شوند (۶) و با پیشرفت بیماری از دست دادن استقلال در فعالیت‌های روزمره زندگی را تجربه کنند و به مراقبان خود وابسته شوند. معمولاً خویشاوندان اصلی، مسئولیت مراقبت از این بیماران را به عهده می‌گیرند. پیچیدگی نیازهای مراقبتی بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک به‌شدتی است که متخصصان، این بیماری را به‌عنوان یک بیماری خانوادگی معرفی نموده‌اند (۷). مطالعات انجام‌شده نشان داده است که حمایت فیزیکی و عاطفی مبتلایان به اسکروز جانبی آمیوتروفیک شامل مجموعه‌ای از

<sup>3</sup> Life expectancy

<sup>4</sup> Snyder

<sup>5</sup> Oh

<sup>6</sup> Perceived Social Support

<sup>1</sup> Amyotrophic Lateral Sclerosis

<sup>2</sup> Nervous Degenerative

مراد از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس با لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش‌تری داشته باشند (۱۹).

مطالعات انجام‌شده نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده سالمندان (۲۰)، معتادین (۲۱) و بیماران مبتلا به کووید-۱۹ (۲۲)، امید به زندگی در بیماران مبتلا به آسم (۲۳)، بیماران پیوند کبدی (۲۴)، بیماران مبتلا به سرطان (۲۵-۲۹)، مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی (۳۰) و مراقبین بیماران سرطانی (۳۱) اثرات معناداری دارد؛ با این‌وجود مرور پژوهش‌های گذشته، نشان می‌دهد پژوهشی که به بررسی اثربخشی این درمان بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی مراقبان بیماران مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) پرداخته باشد در دسترس نیست. از سوی دیگر، اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، یک بیماری بسیار نادر است که با وجود آن بیمار اغلب عمر کوتاهی دارد و اگر مدت زمان طولانی منجر به مرگ بیمار نشود، به بیمارستان و یا آسایشگاه سپرده می‌شود زیرا کمتر خانواده‌ای پذیرای این بیماران است (۱، ۳، ۷).

در پژوهش حاضر - به دلیل تعداد اندک مراقبان درگیر با این بیماری - از روش مورد منفرد استفاده شد. به این ترتیب با توجه به مطالعات اندک و خلأ پژوهشی که در زمینه مراقبان بیماران اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) وجود دارد و نیاز بالای این افراد به کمک روان‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی بر مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) انجام شد.

اجتماعی به کار می‌روند (۱۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱</sup> اثرات فراوانی بر احساس خوشنودی جسمانی، روان‌شناختی و جنبه‌های مختلف رضایت از زندگی دارد و به‌عنوان یک عامل مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته می‌شود (۱۵). بنابراین توجه به این امر در مراقبان مبتلایان به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک که اغلب احساس ناراحتی روانی و بار مراقب را تجربه می‌کنند، حائز اهمیت است.

به این ترتیب با توجه به امید به زندگی پایین در مراقبان بیماران مبتلا به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک و نیاز به ادراک حمایت اجتماعی در این گروه، لازم است مداخله‌ای حمایتی با هدف افزایش احساس کنترل بر وظایف مراقبتی و کاهش پریشانی روانی و در جهت حذف، کاهش و یا مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی مراقبان بیماران مبتلا به این بیماری ارائه شود. به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> در این زمینه کمک‌کننده باشد، زیرا هدف از درمان پذیرش و تعهد، ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در شرایطی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد (۱۶).

درمان پذیرش و تعهد، یک رویکرد شناختی-رفتاری مدرن است (۱۷) که به‌وسیله افزایش توانایی فرد برای فعال ماندن و عمل کردن مطابق با ارزش‌های شخصی برای بهبود کارکرد تلاش می‌کند. این رویکرد از طریق افزایش ذهن آگاهی، فاصله‌گیری شناختی (مشاهده افکار) و ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد کمک می‌کند تا با شرایط تنش‌زا مقابله کند و این کار را به‌واسطه شش فرایند مرکزی پذیرش، گسلش، زمینه‌قرار دادن خود، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود، انجام می‌دهد (۱۸).

<sup>1</sup> The perceived social

<sup>2</sup> Acceptance and Commitment therapy

## روش‌ها

## ۱- روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی و از دسته پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح تک‌آزمودنی بود. در این مطالعه از طرح A-B که پرکاربردترین طرح تک‌آزمودنی است، استفاده شد. این طرح از طریق انتخاب شرکت‌کننده‌ها برای آزمایش، یک یا چند رفتار هدف، اندازه‌های رفتارهای هدف و یک عمل آزمایشی شروع شد، سپس رفتارهای هدف به‌طور مکرر در خلال دوره خط پایه اندازه‌گیری شد (A). سرانجام عمل آزمایشی (B) اجرا گردید، به این معنا که پژوهشگر به اندازه‌گیری رفتار هدف ادامه داد و در نهایت ارزیابی‌های دوره پیگیری اجرا گردید. در این پژوهش از سه خط پایه، ادامه خط پایه در چهار مرحله از شروع تا پایان مداخله و سه مرحله در دوره پیگیری استفاده شد: متغیرهای وابسته پیش از اجرای درمان، به‌منظور اندازه‌گیری خطوط پایه، در ۳ مرحله مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند و نتایج آن با چهار مرحله اندازه‌گیری تا پایان مداخله و سرانجام مرحله پیگیری، مقایسه گردید (۳۲).

## ۲- جمعیت مورد مطالعه و نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش را مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران نوروپاتی شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. نمونه‌های پژوهش ۲ نفر از مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران نوروپاتی شهر اصفهان بودند که به‌صورت در دسترس و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند.

الف - ملاک‌های ورود به پژوهش

حداقل سواد خواندن و نوشتن؛

عدم ابتلا به بیماری‌های حاد و مزمن روان‌شناختی و

## جسمی؛

عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی همزمان؛

و عدم مصرف الکل و مواد مخدر.

ب- ملاک‌های خروج از پژوهش

عدم همکاری و یا عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات؛

عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات؛

غیبت بیش از ۲ جلسه.

## ۳- ابزار پژوهش

الف - پرسشنامه چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۱</sup>  
این پرسشنامه به ارزیابی مدلی از حمایت اجتماعی می‌پردازد که زمن<sup>۲</sup> و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و در آن پاسخگو نظر خود را با یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (۱=به‌شدت مخالف تا ۵=به‌شدت موافق) ابزار می‌کند. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده: آیت‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱؛ حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دوستان: آیت‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲ و حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران: آیت‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰ بودند. حداقل امتیاز ممکن عدد ۱۲ و حداکثر آن عدد ۶۰ بود. سازندگان این پرسشنامه پایایی درونی این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۸۶ تا ۹۰ درصد برای خرده مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده‌اند. سلامی، جوکار و نیک پور (۳۳)، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹ درصد، ۸۶ درصد و ۸۲ درصد ذکر کرده‌اند.

<sup>1</sup> Multidimensional Scale of Perceived Social Support

<sup>2</sup> Zemen

آنان مصاحبه به عمل آمد و تعداد ۲ نفر به صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند گروه نمونه، در ۳ جلسه اول فقط پرسشنامه چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) و مقیاس امید به زندگی (LES)، توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای جهت بهبود متغیرهای وابسته صورت نگرفت. پس از آن درمان پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای ۲ نفر در انجمن حمایت از بیماران نورپاتی اجرا شد و این مقیاس در طول مداخله طی ۴ جلسه، توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. سپس ۳ جلسه پیگیری در طول دو هفته اجرا شد. جلسات درمان پذیرش و تعهد بر مبنای نظریه هاینز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس<sup>۴</sup> (۳۷) تنظیم شد که محتوای آن در زیر ارائه شده است (۳۸):

جلسه اول: معرفی درماندگی خلاق؛ درک اضطراب از دیدگاه اکت؛ استعاره گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته و حرکت به سمت گزاره «کنترل راه حل مسئله نیست (بلکه خود مسئله است)». تکلیف: ثبت تجربه‌های روزانه.

جلسه دوم: افزایش تعامل درمانجو در فعالیت‌هایی که موجب حس مهارت یا لذت می‌شود.

تمرینات حمایتی: تقاضا از درمانجو برای گفتگو درباره اضطراب‌هایش، کنترل به صورت یک مشکل (کنترل رویدادهای درونی)، استعاره دروغ‌سنج، استعاره تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعال‌سازی رفتاری، تنظیم اولیه هدف رفتاری.

تکلیف: یادداشت روزانه تمایل.

جلسه سوم: استعاره «به فیل صورتی فکر نکن» و معرفی تمایل به تجربه اضطراب به این عنوان که جایگزینی برای کنترل محسوب می‌شود.

تمرینات حمایتی: تمرین فرونشانی (چشم‌ها را ببندند و به موضوع مشخصی فکر نکنند)، درجه موفقیت ظاهری در کنترل احساسات، برنامه‌نویسی از رویدادهای درونی،

<sup>4</sup> Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

ب - مقیاس امید به زندگی<sup>۱</sup>  
این مقیاس توسط اشنایدر، ایروینگ و اندرسون<sup>۲</sup> (۳۴) برای سنین ۱۵ سال به بالاتر ساخته شده و دارای ۱۲ سؤال و دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین‌کننده هدف مداری فرد است و مؤلفه تفکر راهبردی که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس پنج درجه‌ای (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. عبارات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی هستند و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد. عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به زیرمقیاس تفکر عاملی و عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به زیرمقیاس تفکر راهبردی است و نمره امید کلی فرد را به دست می‌دهند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ و نمره بالاتر به معنای امیدواری بیشتر است. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است (۳۴). اشنایدر و همکاران (۱۰) اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای مقیاس تفکر عاملی ۰/۸۱ و برای مسیرها ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. اشنایدر و لوپز<sup>۳</sup> (۳۵) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز این مقیاس هنجاریابی شده و اعتبار مناسبی برای آن گزارش گردیده است. به عنوان مثال، شجاعی‌باغینی (۳۶) در پژوهش خود برای خرده مقیاس تفکر راهبردی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و برای خرده مقیاس تفکر عاملی ضریب ۰/۷۴ را گزارش کرده است.

به منظور اجرای پژوهش، به انجمن حمایت از بیماران نورپاتی شهر اصفهان مراجعه و از مسئولین خواسته شد تا بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مراجعه‌کننده به این مرکز را معرفی نمایند. پس از معرفی بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، از

<sup>1</sup> Life expectancy scale

<sup>2</sup> Snyder, Irving & Anderson

<sup>3</sup> Lopez

جلسه هشتم: هدف: آموزش به اعضا که برای خود درمانگر باشند. پرداختن به نگرانی‌های اعضا درباره خاتمه درمان و منعکس کردن پیشرفت حاصل شده.

راهبردهای ممکن: شناسایی موانع، عمل متعهدانه بر اساس الگوریتم اکت، ثبت اهداف افراد در ۱ ماه، ۶ ماه و ۱ سال بعد، استعاره دو کوه، بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان.

#### ۴- ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1401.008 است و اصول اخلاقی رازداری، محرمانه بودن، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش، امضای فرم موافقت با شرکت در مطالعه و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان گروه آزمایش در آن رعایت شده است.

#### ۵- آنالیز آماری

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، با توجه به طرح تک آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری-استنباطی<sup>۱</sup>، توصیف و تحلیل نوشتاری داده‌ها، مکمل نمودارها و جدول مربوط به هر متغیر برای هر شرکت‌کننده استفاده شد. همچنین از سه شاخص تغییر پایا<sup>۲</sup> (RCI)، درصد اندازه اثر<sup>۳</sup> (ES) و درصد بهبودی<sup>۴</sup> (MPI) به منظور ارائه نتایج، استفاده گردید.

شاخص تغییر پایا (RCI) تحلیل کمی و دقیقی از معناداری آماری تغییر نمرات از مرحله خط پایه به مرحله مداخله ارائه می‌دهد؛ مقادیر بزرگ‌تر از ۱/۹۶ از نظر آماری معنادار است. درصد اندازه اثر (ES) معیاری برای سنجش اثربخشی هر مداخله است و هم ملاکی استاندارد که

تمرین اعداد، تمرین تمایل داشتن به جای اجتناب کردن، استعاره جعبه پر از مسائل.

تکلیف: ناراحتی پاک در مقابل ناراحتی ناپاک.

جلسه چهارم: هدف: معرفی مفهوم گسلش از افکار و احساسات اضطراب.

تمرینات حمایتی: تمرین ذهن شما دوست شما نیست و نمی‌تواند بدون آن کار انجام دهد. تمرین شیر، شیر، شیر، مسافران اتوبوس، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد. شناسایی ارزش‌ها.

تکلیف: تمرین ذهن‌آگاهی، برگه راهنمای «ذهن‌آگاهی چیست»، شناسایی عملکرد رفتاری تعیین‌شده.

جلسه پنجم: هدف: معرفی تمایز خود مفهوم‌سازی شده در برابر خود مشاهده‌گر.

تمرینات حمایتی: تمرین قطبیت روان، قیاس تخته شطرنج، تمرین مشاهده‌گر.

تکلیف: استدلال به‌عنوان علت‌ها، ادامه تمرین ذهن‌آگاهی، تمرین عینیت بخشیدن.

جلسه ششم: هدف: نشان دادن اهمیت ارزش‌ها.

تمرینات حمایتی: مقدمه‌ای بر ارزش‌ها، ارزش به‌عنوان رفتار در مقابل ارزش به‌عنوان احساسات، مثال رفتن به شمال، انتخاب ارزش‌ها: انتخاب‌ها در برابر قضاوت‌ها/تصمیم‌ها. شناسایی ارزش‌ها: تمرین استعاره مراسم دفن/تمرین سنگ قبر.

تکلیف: دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها، اقدام برای شناسایی ارزش‌های تعیین‌شده.

جلسه هفتم: هدف: کاهش دلیل‌یابی و جلوگیری از افتادن در دام تله‌های کلامی را جایگزین اما و چون کنند. استعاره مهمانان ناخواسته و توضیح.

تمرینات حمایتی: آموزش راه‌های برخورد با این همسایه مزاحم، ماهیت همه یا هیچ (تمرین جهش).

تکلیف: فعال‌سازی رفتاری (تعهد دستیابی به اهداف کوچک‌تر تعیین‌شده).

<sup>1</sup> Visual-inferential analysis

<sup>2</sup> Reliable Change Index

<sup>3</sup> Effect Size

<sup>4</sup> Manufacturing Production Index

**یافته‌ها**

اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. بر اساس نتایج این جدول، شرکت‌کننده اول ۳۵ ساله، دارای مدرک کارشناسی ارشد، متأهل و ۲ سال درگیر مراقبت از بیمار و شرکت‌کننده دوم، ۵۵ ساله، دارای مدرک دیپلم، متأهل و ۱۵ سال درگیر مراقبت از بیمار بود.

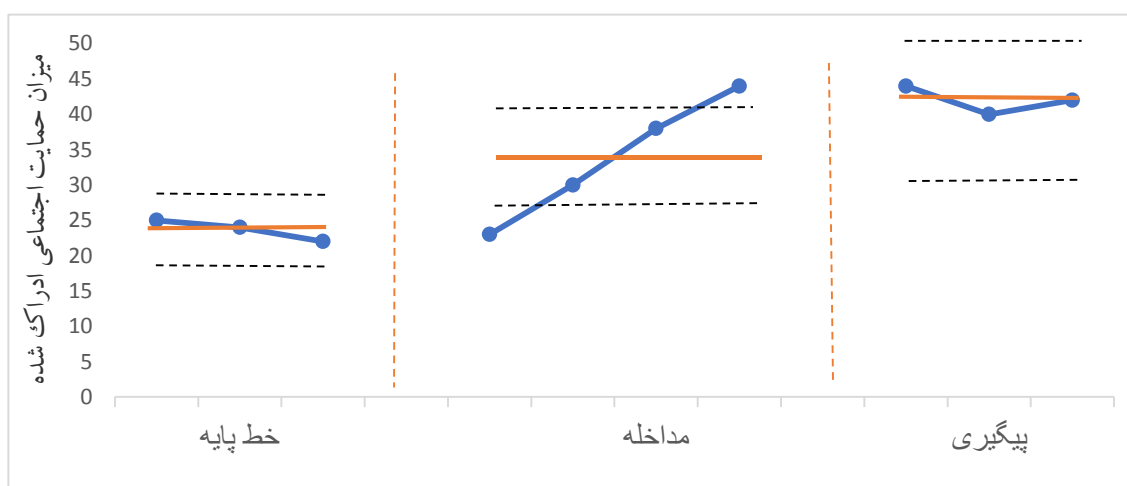
در اشکال ۱ و ۲، روند تغییرات نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دو شرکت‌کننده ارائه شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از این اشکال، مشخص است که نمرات حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دو شرکت‌کننده، در مرحله مداخله روندی صعودی داشته و در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت بوده است.

روش‌های مختلف مداخله را از نظر میزان اثربخشی، قابل قیاس می‌کند. از آنجاکه علامت مثبت یا منفی اندازه اثر، در تفسیر آماری آن نقشی ندارد، میزان قدر مطلق آن در جدول‌ها گزارش شده است. این نکته در مورد شاخص تغییر پایا نیز صدق می‌کند. بر اساس کوهن اندازه اثر زیر ۲۰ درصد، پایین، از ۲۰ تا ۵۰ درصد متوسط و بالاتر از ۵۰ درصد بالا است (۳۹). درصد بهبودی (MPI) نیز یکی از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات هدف است که در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفت.

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

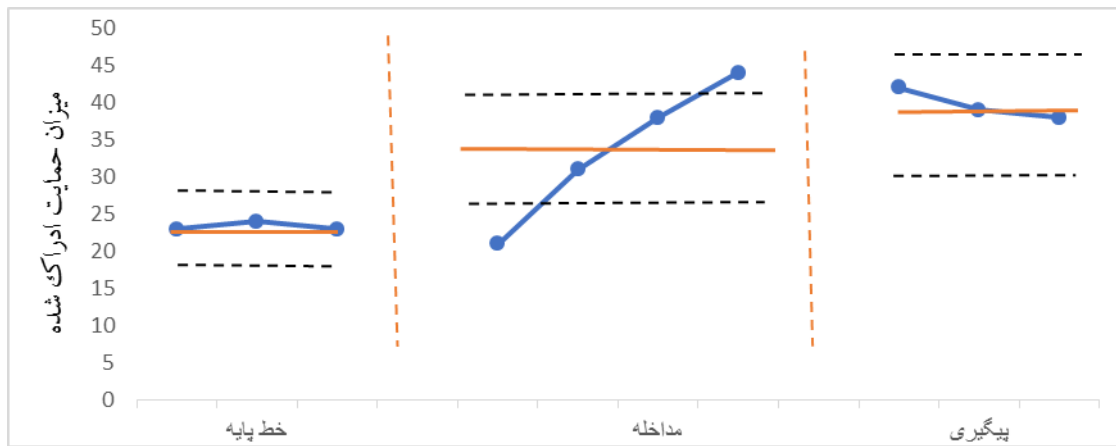
جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

کد شرکت‌کننده	سن مراقب	تحصیلات مراقب	وضعیت تأهل مراقب	جنسیت مراقب	نسبت با بیمار	سن بیمار	جنسیت بیمار	میزان درگیری با بیماری (سال)
۱	۳۵	کارشناسی ارشد	متأهل	زن	دختر	۵۶	زن	۲
۲	۵۵	دیپلم	متأهل	زن	مادر	۳۳	مرد	۱۵



شکل ۱. محفظه ثبات سطح (میانه)، مربوط به حمایت اجتماعی ادراک‌شده (شرکت‌کننده اول)





شکل ۲. محفظه ثبات سطح (میانه)، مربوط به حمایت اجتماعی ادراک شده (شرکت کننده دوم)

در جدول ۳ تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده برای شرکت کننده دوم ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین نمره شرکت کننده دوم در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده، از مرحله خط پایه (۲۳/۳) به مرحله مداخله (۳۳/۵) و از این مرحله به مرحله پیگیری (۳۹/۶) افزایش یافته است. هم چنین روند داده ها از متغیر ( درصد ) (۱۰۰) به متغیر ( درصد ) (۵۰)، سپس به متغیر ( درصد ) (۱۰۰) از باثبات به افزایشی و سپس به باثبات تغییر کرده است؛ درصد داده های غیر همپوش (۷۵ درصد) و درصد داده های همپوش (۲۵ درصد) نشان می دهد که ۷۵ درصد داده ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند و ۲۵ درصد آن ها در محدوده خط مداخله هستند. مقدار شاخص تغییر پایا ( $1/96 > 4/41$ ) مشخص می کند که تغییرات حمایت اجتماعی ادراک شده، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، درصد اندازه اثر ۷۵ درصد بیانگر نقش مؤثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، شرکت کننده دوم در پایان جلسه مداخلات به ۴۳/۷۷ درصد بهبودی حمایت اجتماعی ادراک شده دست یافته است.

در جدول ۲ تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده برای شرکت کننده اول ارائه شده است. بر اساس نتایج این جدول، میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده در شرکت کننده اول، از مرحله خط پایه (۲۳/۶) به مرحله مداخله (۳۳/۷۵) و از این مرحله به مرحله پیگیری (۴۲/۰۰) افزایش یافته است. هم چنین روند داده ها از متغیر ( درصد ) (۱۰۰) به متغیر ( درصد ) (۵۰) و سپس به متغیر ( درصد ) (۱۰۰) و از باثبات به افزایشی و بعد به باثبات تغییر کرده است؛ درصد داده های غیر همپوش (۷۵ درصد) و درصد داده های همپوش (۲۵ درصد) نشان می دهد که ۷۵ درصد داده ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند و ۲۵ درصد از آن ها در محدوده خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا ( $4/43 > 1/96$ ) مشخص می کند که تغییرات حمایت اجتماعی از نظر آماری معنادار است. به علاوه، درصد اندازه اثر ۷۵ درصد بیانگر نقش مؤثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک شده در شرکت کننده اول است. با در نظر گرفتن شاخص درصد بهبودی، شرکت کننده اول در پایان جلسه مداخلات به ۴۲/۷۹ درصد درصد بهبودی در حمایت اجتماعی ادراک شده دست یافته است.

جدول ۲. تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده (شرکت کننده اول)

بین موقعیتی		درون موقعیتی				
A	۱- مقایسه موقعیت	C	B	A	۱- توالی موقعیت‌ها	
B		۳	۴	۳	۲- طول موقعیت‌ها	
C					۳- سطح	
		۲-۲- تغییرات روند				
مثبت	مثبت	۲-۲- اثر وابسته به هدف	۴۲	۳۴	۲۴	۱-۳- میانه
بی ثبات به باثبات	باثبات به بی ثبات	۳-۲- تغییر ثبات	۴۲	۳۳/۷۵	۲۳/۶	۲-۳- میانگین
		۳- تغییر در سطح	۴۲-۴۴	۲۳-۴۴	۲۲-۲۵	۳-۳- دامنه تغییرات
۴۱ به ۴۲	۲۳ به ۲۶/۵	۱-۳- تغییر نسبی	باثبات (/۱۰۰)	باثبات (/۱۰۰)	باثبات (/۱۰۰)	۴-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰٪ - ۲۰٪)
۴۴ به ۴۴	۲۲ به ۲۳	۲-۳- تغییر مطلق				۴- تغییر سطح
۳۴ به ۴۲	۲۴ به ۳۴	۳-۳- تغییر میانه	۴۲-۴۱	۴۱-۲۶	۲۵-۲۳	۱-۴- تغییر نسبی
۳۳/۷۵ به ۴۲	۲۳/۶ به ۳۳/۷۵	۴-۳- تغییر میانگین	۴۴-۴۲	۴۴-۲۳	۲۵-۲۲	۲-۴- تغییر مطلق
		۴- همپوشی داده‌ها				۵- روند
٪۷۵		۱-۴- درصد داده‌های غیر همپوش* (PND)	هم سطح	افزایشی	کاهش	۱-۵- جهت
٪۲۵		۲-۴- درصد داده‌های همپوش** (POD)	باثبات (/۱۰۰)	بی ثبات (/۵۰)	باثبات (/۱۰۰)	۲-۵- ثبات
۴/۴۳		۳-۴- شاخص تغییر پایا (RCI)	خیر	خیر	خیر	۳-۵- جهت‌های متعدد در روند
٪۷۵		۴-۴- درصد اندازه اثر (ES)				
٪۴۲/۷۹		۴-۵- درصد بهبودی				

\*Percentage of non-overlapping data

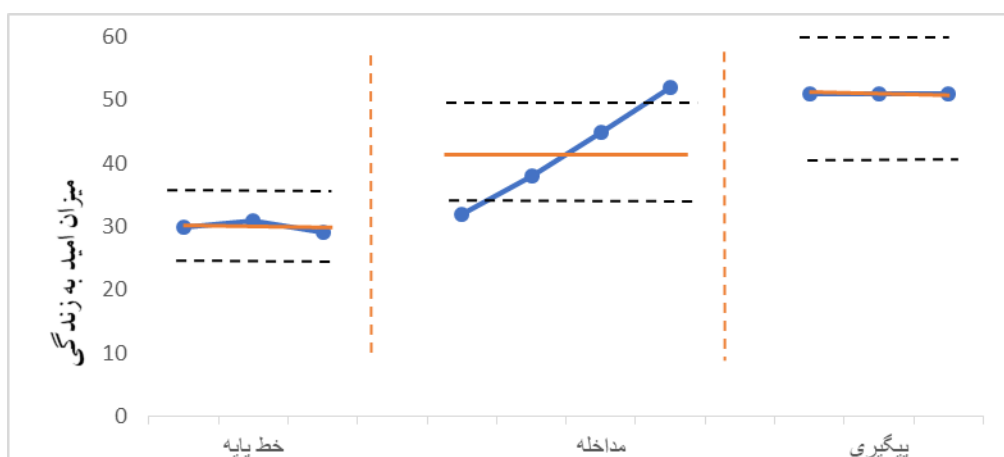
\*\* Percentage of Overlapping Data

جدول ۳. تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده (شرکت کننده دوم)

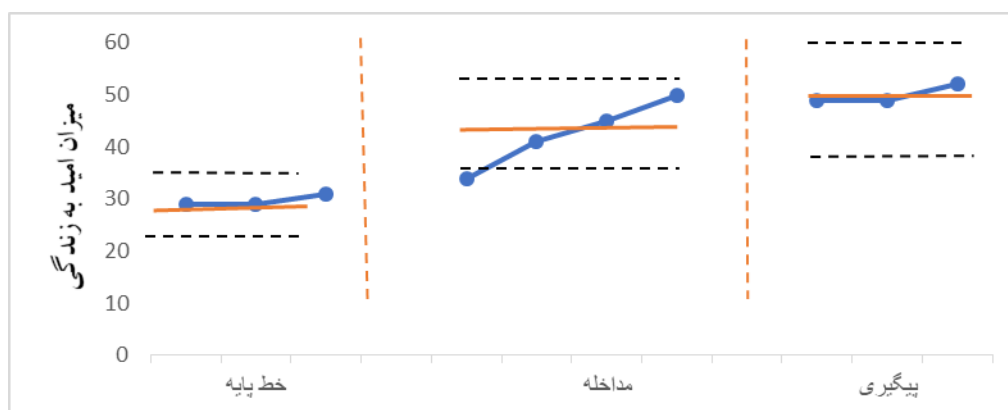
بین موقعیتی		درون موقعیتی			
A		C	B	A	۱- توالی موقعیت ها
B	۱- مقایسه موقعیت				
C					
	۲- تغییرات روند	۳	۴	۳	۲- طول موقعیت ها
	۱-۲- تغییر جهت				۳- سطح
مثبت	مثبت	۳۹	۳۴/۵	۲۳	۱-۳- میانه
بی ثبات به بائبات	بائبات به بی ثبات	۳۹/۶	۳۳/۵	۲۳/۳	۲-۳- میانگین
	۳- تغییر در سطح	۴۲-۳۸	۲۱-۴۴	۲۳-۲۴	۳-۳- دامنه تغییرات
۴۱ به ۴۰/۵	۲۳/۵ به ۲۶	بائبات (/۱۰۰)	بائبات (/۱۰۰)	بائبات (%) (۱۰۰)	۴-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰٪ - (۲۰٪)
۴۲ به ۴۴	۲۳ به ۲۱				۴- تغییر سطح
۳۴/۵ به ۳۹	۲۳ به ۳۴/۵	۴۰/۵-۳۸/۵	۴۱-۲۸	۲۳/۵-۲۳	۱-۴- تغییر نسبی
۳۳/۵ به ۳۹/۶	۲۳/۳ به ۳۳/۵	۴۲-۳۸	۴۴-۲۱	۲۴-۲۳	۲-۴- تغییر مطلق
	۴- همپوشی داده ها				۵- روند
٪۷۵	۱-۴- درصد داده های غیر همپوش (PND)	هم سطح	افزایشی	هم سطح	۱-۵- جهت
٪۲۵	۴-۲- درصد داده های همپوش (POD)	بائبات (/۱۰۰)	بائبات (/۵۰)	بائبات (/۱۰۰)	۲-۵- ثبات
۴/۴۱	۴-۳- شاخص تغییر پایا (RCI)	خیر	خیر	خیر	۳-۵- جهت های متعدد در روند
٪۷۵	۴-۴- درصد اندازه اثر (ES)				
٪۴۳/۷۷	۵-۴- درصد بهبودی				

درصد) و سپس به متغیر (۱۰۰ درصد) از جهت باثبات به افزایشی و سپس به هم سطح تغییر کرده است؛ درصد داده‌های غیر همپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (۰ درصد) نشان می‌دهد؛ که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا ( $1/96 > 4/41$ ) مشخص می‌کند که تغییر در نمره متغیر امید به زندگی از مرحله خط پایه به مرحله پیگیری، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، درصد اندازه اثر ۱۰۰ درصد بیانگر نقش مؤثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی است. بر اساس نتایج، شرکت کننده اول در پایان جلسه مداخلات به ۴۷/۵ درصد بهبودی در امید به زندگی دست یافته است.

در اشکال ۳ و ۴، روند تغییرات نمرات امید به زندگی در دو شرکت کننده ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از این اشکال، مشخص است که نمرات امید به زندگی در دو شرکت کننده، در مرحله مداخله روندی صعودی داشته و در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت بوده است. در جدول ۴ تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده برای شرکت کننده اول ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده از این جدول، میانگین نمره شرکت کننده اول در متغیر امید به زندگی، از مرحله خط پایه (۳۰/۰۰) به مرحله مداخله (۴۴/۲۵) و از این مرحله به مرحله پیگیری (۵۱/۰۰) افزایش یافته است. همچنین روند داده‌ها از متغیر (۱۰۰ درصد) به متغیر (۵۰




شکل ۳. محفظه ثبات سطح (میانگین)، مربوط به امید به زندگی (شرکت کننده اول)



شکل ۴. محفظه ثبات سطح (میانگین)، مربوط به امید به زندگی (شرکت کننده دوم)

جدول ۴. تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات درون موقعیتی و بین موقعیتی متغیر امید به زندگی (شرکت کننده اول)

بین موقعیتی		درون موقعیتی			
A	۱- مقایسه موقعیت	C	B	A	۱- توالی موقعیت‌ها
B					
C					
	۲- تغییرات روند	۳	۴	۳	۲- طول موقعیت‌ها
	۱-۲- تغییر جهت				۳- سطح
مثبت	۲-۲- اثر وابسته به هدف	۵۱	۴۱/۵	۲۹	۱-۳- میانه
بی‌ثبات به باثبات	۳-۲- تغییر ثبات	۵۱	۴۴/۲۵	۳۰	۲-۳- میانگین
	۳- تغییر در سطح	۵۱-۵۱	۳۲-۵۲	۲۹-۳۰	۳-۳- دامنه تغییرات
۴۸/۵ به ۵۱	۱-۳- تغییر نسبی	باثبات (/۱۰۰)	باثبات (/۱۰۰)	باثبات (۱۰۰٪)	۴-۳- دامنه تغییرات محفظه ثبات (۸۰٪ - /۲۰٪)
۲۹/۵ به ۳۵					
۵۱ به ۵۲	۲-۳- تغییر مطلق				۴- تغییر سطح
۳۲ به ۲۹					
	۳-۳- تغییر میانه	۵۱-۵۱	۴۸/۵-۳۵	-۲۹/۵ ۳۰/۵	۱-۴- تغییر نسبی
	۴-۳- تغییر میانگین	۵۱-۵۱	۵۲-۳۲	۳۱-۲۹	۲-۴- تغییر مطلق
	۴- همپوشی داده‌ها				۵- روند
٪۱۰۰	۱-۴- درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	هم‌سطح	افزایشی	هم‌سطح	۱-۵- جهت
۰٪	۴-۲- درصد داده‌های همپوش (POD)	باثبات (/۱۰۰)	بی‌ثبات (/۵۰)	باثبات (/۱۰۰)	۲-۵- ثبات
۴/۴۶	۴-۳- شاخص تغییر پایا (RCI)	خیر	خیر	خیر	۳-۵- جهت‌های متعدد در روند
٪۱۰۰	۴-۴- درصد اندازه اثر (ES)				
۴۷/۵	۵-۴- درصد بهبودی				

که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا ( $4/57 > 1/96$ ) مشخص می‌کند که تغییر در نمره متغیر امید به زندگی از مرحله خط پایه به مرحله پیگیری، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، درصد اندازه اثر ۱۰۰ درصد بیانگر نقش مؤثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی است. بر اساس نتایج، شرکت کننده دوم در

بر اساس نتایج این جدول، میانگین نمره شرکت کننده دوم در متغیر امید به زندگی، از مرحله خط پایه (۲۹/۶) به مرحله مداخله (۴۲/۵) و از این مرحله به مرحله پیگیری (۵۰/۵) افزایش یافته است. هم‌چنین روند داده‌ها از متغیر (۱۰۰ درصد) به متغیر (۷۵ درصد) و سپس به متغیر (۱۰۰ درصد) از جهت باثبات به افزایشی و سپس به باثبات تغییر کرده است؛ درصد داده‌های غیر همپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (۰ درصد) نشان می‌دهد

حمایت اجتماعی را پررنگ می‌سازد (۱۳). حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ارزیابی شناختی از در دسترس بودن و کفایت حمایت از دیگران اشاره دارد (۳۰). زمانی که درک فرد از دسترسی به منابع حمایتی در یک رویداد استرس‌زا بالا رفت (۴۱)، می‌توان انتظار داشت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بهبود یابد.

مروری بر نتایج نشان می‌دهد که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده در هر دو شرکت‌کننده از جلسات ابتدایی شروع مداخله، سیر صعودی داشته است. یعنی آموزش راهبردهای کنترل مسأله، تفهیم کنترل درونی موقعیت‌های استرس‌زا، افزایش پذیرش و کاهش تمایل به اجتناب از مشکل، اثرات مثبتی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده داشت که این تأثیر همان‌طور که آرچ<sup>۲</sup> و همکاران (۴۲) بیان می‌کنند، به‌واسطه افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه در زمان حالشان و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها ممکن است، ایجاد می‌شود. بازسازی شناختی حاصل از این تکنیک‌ها، موجب اصلاح سیستم‌های باور عمیق‌تر و نیمه هوشیار شخص می‌شود که ادراک فرد از منابع حمایتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما آنچه به نظر می‌رسد مسیر اصلی دستیابی به حمایت اجتماعی ادراک‌شده، توسعه خزانه رفتاری و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی به افکار مزاحم و زندگی در زمان حال از طریق ذهن‌آگاهی است. همان‌طور که لوما<sup>۳</sup> و همکاران (۴۳) نیز در پژوهش خود بیان نمودند ذهن‌آگاهی باعث افزایش ارتباط افراد با زمان حال می‌گردد که این موضوع کاهش درگیری با افکار ناکارآمد را در پی خواهد داشت. درگیری کمتر با افکار ناکارآمد، توجه بیشتر به منابع حمایتی و ادراک صحیح آن در زمان حال را به دنبال دارد که نتیجه آن افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. به‌طورکلی در این درمان مراجعان به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی به‌سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی، پذیرش و

پایان جلسه مداخلات به ۴۳/۵۸ درصد بهبودی در امید به زندگی دست یافته است.

به‌طورکلی بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، تأیید شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مؤثر بود و موجب افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی در این افراد شد.

### بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) بود. بخش اول نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مؤثر بود و موجب افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در این افراد شد. این بخش از یافته‌ها را می‌توان به‌صورت غیرمستقیم همسو با نتایج پژوهش عبدالعظیمی و نیکنام (۲۰) مبنی بر اثر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی سالمندان، پژوهش بصیرامیر و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی افراد معتاد و پژوهش فیزا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۲) مبنی بر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به کووید-۱۹، دانست.

بر اساس مبانی نظری در مورد مکانیسم اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در این پژوهش می‌توان گفت مراقبان بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک، به دلیل اختلالات شدید و احتمال مرگ زودهنگام بیمارانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، با شرایط استرس‌زایی مواجه هستند که نیاز مراقبان به درک

<sup>2</sup> Arch

<sup>3</sup> Luoma

<sup>1</sup> Faizah

نظری می‌توان بیان نمود حمایت فیزیکی و عاطفی مبتلایان به اسکروز جانبی آمیوتروفیک، مجموعه فعالیت‌های سخت و طاقت‌فرسا برای مراقبان هستند (۸) و می‌توانند با ایجاد ناراحتی‌های جسمانی و روانی (۷)، اثرات منفی بر امید به زندگی این گروه داشته باشند (۹).

همان‌طور که مشاهده می‌شود در هر دو شرکت‌کننده پژوهش، از همان ابتدای شروع درمان، اثرات تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مشهود است. در جلسات ابتدایی ارائه راهبردهای کنترل مسأله و آشنایی با مفهوم کنترل درونی به شرکت‌کنندگان آموخت که در موقعیت‌های مختلف استرس‌زا به‌ویژه موقعیت‌های مرتبط با مشکل‌شان (مراقبت از بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک) بدانند که می‌توانند رویدادهای درونی خویش را مدیریت کنند و همان‌طور که هایز<sup>۳</sup> (۱۸) معتقد بود با ایجاد و تقویت باور «من می‌توانم مدیریت رویدادهای درونی خویش یعنی افکار، احساسات و هیجانات متعاقب آن را به دست بگیرم» مراجعان می‌توانند عواطف منفی ناشی از مشکل خود را کنترل کنند. کنترل عواطف منفی و پذیرش مشکل، مواجهه کارآمد با مسأله را به دنبال خواهد داشت.

آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و به جای آن برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌کنند، شیوه‌هایی بیابند (۴۳). این تمرینات به مراجعان آموخت تا با افکار ناخوشایند مرتبط با بیماری اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) و اشتغال فکری مداوم در مورد پیامدهای آتی این بیماری و مشکلات ناشی از آن، به خود آسیب نرسانند و با تمرکز بر زمان حال، از بودن در کنار عزیزشان لذت ببرند. این همان چیزی است که لوما و همکاران (۴۳) در پژوهش خود از آن به‌عنوان ارتباط بدون قضاوت با رویداده، در اینجا و اکنون یاد می‌کنند.

استفاده مناسب و به‌جا از آن‌ها هدایت می‌شوند و این امر موجب می‌شود که آن‌ها با موقعیت‌های تنش‌زا و تعاملات مبتنی بر آن‌ها، ارتباط مناسبی برقرار کنند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه نمایند که این موضوع توجه بیشتر به اطرافیان و درک بهتر حمایت‌های آنان را به همراه خواهد داشت.

بخش دوم نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی مراقبان بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) مؤثر بود و موجب افزایش امید به زندگی در این افراد شد. این بخش از یافته‌ها به‌صورت غیرمستقیم با نتایج پژوهش بهرامی عبدالملکی و همکاران (۲۳) بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی در بیماران آسماتیک، پژوهش صفار دنیا و همکاران (۴۵) بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه، پژوهش زارع‌زاده و همکاران (۲۴) بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و امید به زندگی بیماران پیوند کبدی، پژوهش مقدم و همکاران (۲۵) بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، پژوهش مؤمنی (۲۶) بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان خون، پژوهش ژائو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۷) بر اثرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امید بیماران سرطانی، پژوهش لی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۸) مبنی بر اثر مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید بیماران مبتلا به سرطان سینه و پژوهش باس و دیریک (۲۹) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی بیماران با نشانه‌های سرطان همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) بر اساس مبانی

<sup>1</sup> Zhao<sup>2</sup> Lee<sup>3</sup> Hayes

آمیوتروفیک (ALS) نیز اجرا شود تا مبنایی برای مقایسه فراهم شود.

### نتیجه‌گیری

طبق نتایج به‌دست‌آمده به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود به‌منظور افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و امید به زندگی مراقبان دو بیمار مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره برد.

### تقدیر و تشکر

از شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

### منابع

1. Fathi M, Sedaghat M, Ohadi H. Investigating the effectiveness of interventions based on positive psychology on post-traumatic growth, self-compassion and quality of life in patients with amyotrophic lateral sclerosis (ALS). 2021; 9(32): 28-39. (in Persian)
2. Su W, Cheng Y, Jiang Z, Duan Q, Yang T Et al. Predictors of survival in patients with amyotrophic lateral sclerosis: A large meta-analysis. EBioMedicine 2021; 74: 103732. doi: 10.1016/j.ebiom.2021.103732.
3. Masrori P, Damme V. Amyotrophic lateral sclerosis: a clinical review. European Journal of Neurology 2020; 27(10): 1918-1929.

علاوه بر موضوعات مطروحه، مؤلفه کلیدی دیگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی، ارزش‌های زندگی افراد است. به این منظور از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا ارزش‌های زندگی خود را که مراقبت از بیمار، مانع دستیابی به آن‌ها می‌شود را شناسایی کنند، سپس برای رسیدن به آن اهدافی تعیین کنند و به خود متعهد شوند که در جهت محقق ساختن آن اهداف، تلاش می‌کنند (۱۸). به‌طور کلی بر اساس نظر مک‌کراک و گوتیراز-مارتینز<sup>۱</sup> (۴۵)، در طول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به مراجعان کمک می‌شود تا ارزش‌ها، اهداف و رفتارهای خاصی که در راستای آن ارزش‌ها را تعریف کنند، موانعی که احتمالاً در راه رسیدن به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها پیش می‌آید را نیز شناسایی کنند و با پذیرش، گسلش و ارتباط با زمان حال با غلبه بر موانع، به اهداف زندگی خود برسند و این موفقیت در افزایش امید به زندگی افراد تأثیر بسزایی خواهد داشت.

### ۱- محدودیت‌های پژوهش

از آنجاکه این پژوهش روی مراقبان بیماران مبتلا به اسکروز جانبی آمیوتروفیک (ALS) با جنسیت زن صورت گرفت، تعمیم نتایج با محدودیت مواجه است. همچنین عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی از کل مراقبان و عدم همسان‌سازی در انتخاب آزمودنی‌ها موجب می‌شود که نتایج این پژوهش قابل تعمیم با سایر مناطق نباشد. هم‌زمانی انجام پژوهش با شرایط همه‌گیری ویروس کرونا، محدودیت‌هایی از جمله تعطیلی کلاس، مشکل دسترسی به شرکت‌کنندگان و دشواری‌هایی را در رعایت پروتکل‌های بهداشتی مطرح، به همراه داشت. در راستای محدودیت‌های ذکر شده به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها با فرهنگ‌های مختلف و بر روی مراقبان مرد بیماران مبتلا به اسکروز جانبی

<sup>1</sup> McCrack Gutierrez & Martines



10. Snyder C.R. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq* 2000; 13(4): 249-75.
11. Cheavens JS, Heiy JE, Feldman DB, Benitez C, Rand KL. Hope, goals, and pathways: Further validating the hope scale with observer ratings: *The Journal of Positive Psychology* 2019; 14(4): 452-462.
12. Safara M, Khanbabai M, Khanbabai M. The effect of spiritual skills training on life expectancy of mothers with mentally retarded children. *Shafai Khatam* 2019; 8(2): 65-71. (in Persian).
13. de Wit J, Beelen A, Drossaert C.H.C, Koliijn R, van den Berg L, Visser-Meily J. A blended psychosocial support program for partners of patients with amyotrophic lateral sclerosis and progressive muscular atrophy: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol* 2018; 6(1): 20. doi: 10.1186/s40359-018-0232-5.
14. McKinley CJ, Luo Y, Wright P. Re-assessing the nature and prevalence of mental health resources on college counseling center websites: An over-time and cross-country comparison. Paper to be presented at the annual conference of the International Communication Association, Seattle, WA; 2014.
15. Khatiwada J, Muzembo BA, Wada K, Ikeda S. The effect of perceived social support on psychological distress and life satisfaction among Nepalese migrants in Japan. *PLOS ONE* 2021; 16(2): e0246271.
16. Ebrahimi A, Afshar H, Anuri M, Neshat Dost H, Abedi A, Nasiri H. Effectiveness of acceptance and
4. Aktekin M, Uysal H. Epidemiology of Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Turk J Neurol* 2020; 26(3): 187-196.
5. Logroscino G, Piccininni M. Amyotrophic Lateral Sclerosis Descriptive Epidemiology: The Origin of Geographic Difference. *Neuroepidemiology*, 2019; 52(1-2): 93-103.
6. Beeldman E, Raaphorst J, Klein Twennaar M, Govaarts R, Pijnenburg Y. A. L, de Haan, R. J. et al. The cognitive profile of behavioural variant FTD and its similarities with ALS: a systematic review and meta-analysis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2018; 89(9): 995-1002.
7. D'Alvano G, Buonanno D, Passaniti C, De Stefano M, Lavorgna L, Tedeschi G. Needs and Interventions for Family Caregivers of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS): A Narrative Review with Report of Telemedicine Experiences at the Time of COVID-19 Pandemic. *Brain Sci* 2022; 12(1): 49-54.
8. Bock M, Duong YN, Kim A, Allen I, Murphy J, Lomen-Hoerth C. Cognitive-behavioral changes in amyotrophic lateral sclerosis: Screening prevalence and impact on patients and caregivers. *Amyotroph. Lateral Scler. Front. Degener* 2016; 17(5-6): 366-373.
9. Oh J, Kim JA, Chu MS. Family Caregiver Suffering in Caring for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis in Korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18(9): 4937. doi: 10.3390/ijerph18094937

- Rahman F. Social Support and Acceptance Commitment Therapy on Subjective Well-Being and Mental Health of COVID-19 Patient. *Open Access Maced J Med Sci* 2019; 9(19): 238-43.
23. Bahrami Abdulmaleki S, Homayoni A, Aliani M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on resilience, psychological well-being and life expectancy in asthmatic patients. *Tolo Health* 2021, 20(1): 55-68. (in Persian)
  24. Zarezade R, Alivandi Wafa M, Tabatabai M, Aghdasi A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on depression and life expectancy of liver transplant patients. *New Psychological Research* 2021; 16(62): 109-122. (in Persian)
  25. Moghadam N, Amrai R, Asadi F, Amani O. The effect of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on life expectancy and psychological well-being of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Psychiatric Nursing* 2017; 6(5): 1-8. (in Persian)
  26. Momeni F. The effect of treatment based on acceptance and commitment on resilience and life expectancy in patients with leukemia. *Iran Psychological Association Congress* 2016. (in Persian)
  27. Zhao C, Lai L, Zhang L, Cai Z, Ren Z, Shi C, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2021; 140(4): 11-30.
  - commitment group therapy (ACT) on pain acceptance, pain-related anxiety and pain intensity in male patients with chronic pain. *Journal of Isfahan Medical School*. 2013; 32(295): 1-10. (in Persian)
  17. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte J. L, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy* 2013; 44(2): 180-198.
  18. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*. 47(6): 869-885.
  19. Flaxman P. E, Bond F. W. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy* 2010; 48(8): 816-820.
  20. AbdulAzimi M, Niknam M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the perception of social support and body dissatisfaction in the elderly. *Journal of Psychology of Aging* 2018, 5(1): 13-25.
  21. BasirAmir M, Qamari H, Kayani A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on the components of the perception of social support of addicted people. *Journal of Law Enforcement Medicine* 2018, 8(3): 99-104.
  22. Faizah I, Kartini Y, Yunita Sari R, Rohmawati R, Afyah RK, Suryadi

- perspective, edited by C. R. Snyder and Donelson R. Forsyth. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1991.
35. Snyder C. R, Lopez S. G. Positive Psychology. New York: Oxford University Press; 2017.
36. Shajaei-Baghini, F. Rozaneh. The relationship between the level of hope and optimism with the avoidance of risky behaviors in 15-18-year-old girls in Kerman. Master's Thesis in Psychology, Alaama Tabatabai University, 2017. (in Persian)
37. Hayes S. Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy 2006; 44(1): 1-25.
38. Harris R. Treatment of acceptance and commitment in plain language. Translated by Anoushe Aminzadeh. Tehran: Honorable 2021.
39. Cooper JO, Heron TE, Heward WL. Applied behavior analysis (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc 2007.
40. Abolghasemi A, Taghipour M, Narimani M. Relationship between personality type D, self-compassion and social support in coronary heart patients. Journal of Health Psychology 2013; 3(1): 1-13. (in Persian)
41. Makkiabadi Z. The relationship between self-efficacy and perceived social support with students' psychological health. Master's thesis in clinical psychology. Tarbiat Moalem University, Tehran 2018. (in Persian)
42. Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG. Longitudinal treatment mediation of traditional
28. Li H, Wu J, Ni Q, Zhang J, Wang Y, He J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in patients with breast cancer. Nurs Res 2021; 70(4): E152-E160.
29. Bas S, Dirik G. Acceptance and Commitment Therapy Interventions in Patients Diagnosed with Cancer: A Systematic Review. Studies in Psychology 2019; 39(2): 459-485.
30. Moqebel Esfahani S & Haqat A. Investigating the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on resilience, meaning in life and family functioning of family caregivers of patients with schizophrenia. Knowledge Horizon 2018, 25(4): 298-311. (in Persian)
31. Fazli Ghafouri M, Moghadam M & Khatami Mohammad H. the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment of depression on depression and the acceptance and practice of caregivers of cancer patients. Journal of the Faculty of Medicine 2017; 61(1): 368-376. (in Persian)
32. Goodwin KA. Research in psychology: Methods and design. John Wiley & Sons; 2009.
33. Salami AR, Joukar B, Nikpour R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variable. Psychological studies 2009; 5(3): 81-102. (in Persian)
34. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: Measuring the will and the ways. In Handbook of social and clinical psychology: The health

- acceptance and commitment with meaning therapy on psychological distress and life expectancy of patients with breast cancer with a three-month follow-up 2021; 5(4): 496-489. (in Persian)
45. McCracken LM, Gutiérrez-Martínez O. (Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. Behaviour research and therapy 2011; 49(4): 267-274.
- cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy 2012; 50(7): 469-478.
43. Luoma J.B, Kohlenber B.S, Hayes S.C, Fletcher L. Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2012; 80(1): 43-53.
44. Safard Nia M, Ramezani Shirin M, Selagi Z. Comparison of the effectiveness of treatment based on

Cite this article as:

Shavaran R, Dehghani Champiri A. Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Perceived Social Support and Life Expectancy of Caregivers of Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS): A Case Study. Sadra Med Sci J 2023; 11(3): 333-352.