

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

سمیه مقبل اصفهانی^۱، * سید عباس حقایق^۲

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۹ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۰۲ مرداد ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۳۹۸

اهداف: مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی، یک کار فرسوده‌کننده و دشوار برای اعضای خانواده این بیماران است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بوده است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون پیگیری با گروه کنترل بوده است. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراجعه‌کننده به دو مرکز توان‌بخشی اعصاب و روان استان اصفهان بوده است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در هشت جلسه هفتگی دریافت کرد و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه سنجیده شدند. ابزارهای سنجش در این پژوهش عبارت بودند از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، مقیاس معنا در زندگی استگر و مقیاس عملکرد خانوادگی مک مستر. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS و با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مقیاس معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین نمرات تاب‌آوری دو گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد، ولی در مرحله پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در معنا در زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری، این درمان می‌تواند برای بهبود این متغیرها برای مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، معنا در زندگی، عملکرد خانوادگی، اسکیزوفرنی

مقدمه

در دو دهه اخیر که نهضت مؤسسه‌زادایی، کانون اولیه مراقبت را از بیمارستان‌های روان‌پزشکی به مراکز بهداشت روانی جامعه تغییر داد، به دلیل آنکه بودجه، منابع و امکانات این مراکز حرفه‌ای محدود و اندک بود، از خانواده بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی شدید خواسته شد تا مسئولیت کمک‌های عملی و حمایت‌های عاطفی این بیماران را برعهده بگیرند [۴]. علی‌رغم اینکه برخی معتقدند داشتن نقش مراقبت، با پاداش‌ها و تقویت‌های مثبتی هم همراه است [۵]، ولی تحقیقات موجود نشان می‌دهد تنوع و شدت نقش‌های مراقبتی ممکن است به مشکلات روانی در مراقبین خانوادگی بیماران منجر شود. اگر این افراد بدون درمان و مداخله رها شوند، سطح سلامت جسمانی و روانی آن‌ها به عنوان بیماران پنهان کاهش می‌یابد [۶]. یکی از اختلالاتی که نقش مراقبین خانوادگی در آن حائز اهمیت است و رابطه مستقیمی با وضعیت بیماری و شاخص‌های روانی آن دارد اسکیزوفرنی است [۷].

اسکیزوفرنی^۱، سندرمی بالینی شامل آسیب‌شناسی روانی متغیر، اما عمیقاً ویرانگری است که شناخت، هیجان، ادراک و سایر جنبه‌های رفتار را درگیر می‌کند، بروز این تظاهرات در افراد مختلف و در طول زمان متغیر است، اما تأثیر بیماری همواره شدید و معمولاً دیرپاست. اسکیزوفرنی معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و هیچ‌یک از طبقات اجتماعی از ابتلا به آن مصون نیستند [۱]. زمانی که بیماری وارد خانواده می‌شود، مانند یک مهمان ناخوانده، تعادل حیاتی موجود در سیستم خانواده را در مرزها، نقش‌ها، انتظارات، آرزوها و امیدها برهم می‌زند [۲]. اولین توجه‌های گزارش‌شده به مشکلات روانی مراقبین خانوادگی بیماران اسکیزوفرنی به سال ۱۹۶۰، برمی‌گردد [۳].

1. Schizophrenia

* نویسنده مسئول:

دکتر سید عباس حقایق

نشانی: نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

تلفن: ۴۲۲۹۳۰۳۰ (۳۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: abbas_haghayegh@yahoo.com

عملکرد خانواده، تلاش مشترکی برای برقراری و حفظ تعادل در خانواده است. یکی از کارکردهای مثبت خانواده، حمایت از اعضای خانواده در شرایط پر استرس و ناخوشایند است و در هماهنگی یا تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول حیات، حل تضادها و تعارضها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل نظام خانواده نقش دارد [۱۸].

عملکرد خانواده با سلامت روانی اعضا ارتباط دارد و در خانواده‌هایی که ارتباط میان اعضا و تعاملات داخل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است، همه اعضا نسبتاً در برابر فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند. عملکرد خانواده به توانایی در هماهنگی با تغییرات، حل تضادها و تعارضات، همبستگی بین اعضا و موفقیت در اعمال الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد، اجرای مقررات و اجرای قوانین و اصول حاکم بر این نهاد با هدف حفاظت از کل خانواده است. تغییرات کمی و کیفی در این فرایند باعث شکل‌گیری شخصیت‌های متفاوت در خانواده می‌شود و در بیشتر موارد با وجود اینکه ممکن است پشتوانه‌ای برای سلامت رفتاری افراد باشد، مشکلات رفتاری خاصی را ایجاد می‌کند که به عوامل متعددی بستگی دارد. یکی از مشکلاتی که در بروز و استمرار اسکیزوفرنی نقش زیادی دارد، کیفیت روابط این بیماران با اعضای خانواده‌شان است [۱۹].

برخی مداخلات درمانی نظیر آموزش، حمایت و روان‌درمانی می‌تواند تأثیر چشم‌گیری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مراقبین خانواده‌گی داشته باشد و زمینه را برای افزایش کیفیت مراقبت خانواده‌گی فراهم کند [۲۰]. برای درمان مشکلات روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از این درمان‌ها که به عنوان یک رویکرد از درمان‌های موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری مطرح است، درمان مبتنی بر پذیرش و درمان است. این درمان در سال ۱۹۸۶، توسط استیون هیز^۲ معرفی شده و شواهد تحقیقاتی مطلوبی داشته است. هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی در عین پذیرش رنجی است که زندگی ناچاراً با خود دارد تا فرد بتواند یک زندگی بامعنا و غنی داشته باشد [۲۱]. دو بُعد اصلی در این درمان عبارت‌اند از: پذیرش افکار و تعهد به تغییر رفتار در جهت ارزش‌های زندگی [۲۲].

رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار و احساسات منفی تأکید دارد، نه تغییر افکار و احساسات و در نتیجه با کاهش تمرکز فرد روی افکار منفی‌اش، این رویکرد ممکن است بتواند در مورد خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مفید واقع شود و موجب ارتقای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در آن‌ها شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرایند مرکزی دارد که

طبق بررسی‌های روان‌شناختی و بالینی نرخ فزاینده‌ای از اضطراب در مراقبین این بیماران وجود دارد که در ادامه به سه متغیر تاب‌آوری، معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی که با کیفیت مراقبت مراقبین خانوادگی این بیماران رابطه مستقیمی دارد، پرداخته شده است [۹، ۸].

تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش یا توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی‌روانی، در شرایط ناگوار تعریف شده است [۱۰]. مفهوم تاب‌آوری از مشاهداتی به دست آمده است که در آن بسیاری از کودکان علی‌رغم تجارب ناگوار، توانایی رسیدن به یک وضعیت مثبت جدید را نشان داده‌اند [۱۱]. تاب‌آوری به عنوان یک شاخص بسیار مهم در مقابله با پیامدهای منفی بیماری‌های مزمن مانند سرطان حائز اهمیت است [۱۲، ۱۳].

با توجه به تحقیقات صورت‌گرفته تاب‌آوری یکی از مفاهیم و سازه‌های بهنجار مورد توجه و مطالعه روان‌شناسی مثبت‌گراست و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به‌دبردن از استرس و ناملایمات زندگی است و به عنوان یک مفهوم دلبعدی (اهمیت ناگواری و سازگاری مثبت در خانواده) در نظر گرفته می‌شود. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد تاب‌آوری در مقابل تأثیرات منفی موقعیت‌های زندگی از افراد محافظت می‌کند [۱۴]. استیگمای اسکیزوفرنی، بار عاطفی منفی زیادی برای خانواده‌های این بیماران ایجاد می‌کند و انگیزه و وضعیت روان‌شناختی مراقبین خانوادگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۷].

معنا در زندگی، یک سازه شخصی است که با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی فرد در طول زندگی رابطه معنادار دارد. معنا در زندگی به احساس یکپارچگی وجودی اشاره می‌کند که به دنبال پاسخ‌دادن به چیستی زندگی و دست‌یافتن به اهداف ارزنده در نتیجه رسیدن به یک احساس مفید است [۱۵]. وجود معنا در زندگی برای برخورداربودن از یک زندگی خوب و شاد، امری انکارناپذیر و غیرقابل کتمان است. برخی از مؤلفان با توجه به تحقیقات صورت‌گرفته ادعا کرده‌اند که وجود احساس معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند قفل و گره مشکلات زندگی را باز کند و باعث می‌شود تا افراد کنش‌های مثبتی انجام دهند [۱۶].

مشکل در معنای زندگی یکی از عوامل مهم در احساس ناامیدی و استمرار اختلالات روانی است. معناگرایی یک الگوی منسجم از باورهاست که انگیزه‌های رفتار فرد را با توجه به اطرافیان او مشخص می‌کند [۱۷]. ادراک اسکیزوفرنی به عنوان یک بیماری وخیم روانی پیامدهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی زیادی را برای اطرافیان این بیماران به بار می‌آورد، اما امید به کاهش احتمال عود دوره‌های بیماری و بازگشت نسبی فرد مبتلا به این اختلال به کارکردهای روزمره زندگی، می‌تواند انگیزه مراقبان خانوادگی این بیماران را در مراقبت از آن‌ها افزایش دهد [۷].

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک‌ماهه)، همراه با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل خانواده کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی استان اصفهان در سال ۱۳۹۴ بوده‌اند. به شیوه نمونه‌گیری دردسترس، در ابتدا آزمودنی‌ها از بین خانواده‌های مددجویان دو مرکز توان‌بخشی روزانه اعصاب و روان باران و رها در استان اصفهان انتخاب شدند، سپس از کلیه مراقبین اصلی خانوادگی آنان از طریق تلفن دعوت به عمل آمد و پس از ارائه توضیحات در مورد روش مطالعه از آنان رضایت‌نامه کتبی شرکت در مطالعه اخذ شد و ۳۰ نفر (از مجموع ۸۱ بیمار اسکیزوفرن که در این مراکز پرونده روان‌پزشکی داشتند) که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، برای دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. این تعداد بر اساس یک حجم نمونه پذیرفته‌شده برای پژوهش‌های مداخله‌ای به منظور تحلیل آماری و بر اساس سه شاخص توان آماری، اندازه اثر و سطح معناداری بوده است [۲۲]. ملاک‌های ورود در انتخاب نمونه پژوهش شامل مراقب اصلی بیمار بودن در خانواده، هم‌زمان تحت مداخله روانی دیگری نبودن بیمار و ملاک‌های خروج شامل عدم شرکت آزمودنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و عدم پاسخ‌دادن کامل به پرسش‌نامه‌ها بوده است^۳. بعد از انتخاب نمونه و تقسیم آنان به دو گروه آزمایش و کنترل، اهداف پژوهش برای آنان توضیح داده شد و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماند.

شیوه اجرا

بعد از انتخاب ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل، جلسه اول به معارفه، ارائه کلیات هدف پژوهش و پیش‌آزمون اختصاص داده شد. در این پژوهش از راهنمای کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شد [۲۲]. خلاصه ساختار جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. داده‌ها در این پژوهش با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری‌های تکراری، تجزیه و تحلیل شد.

ابزار

پرسش‌نامه تاب‌آوری

این مقیاس در سال ۲۰۰۳، توسط کانر و دیویدسون ساخته شده است که دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) با دامنه نمرات از صفر تا صد است [۱۰]. محمدی، این مقیاس را برای استفاده در ایران انطباق داده است. در پژوهش جوکار و هاشمی، بررسی پایایی در دانشجویان به کمک آلفای

۳. با توجه به اینکه پژوهشگر در مراکز نگهداری بیماران اسکیزوفرنی مشغول به کار بود و به نمونه پژوهش انتخاب‌شده دسترسی داشت، ریزشی در نمونه پژوهش دیده نشد.

به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود این شش فرایند عبارت‌اند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش معنی‌داری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار و در عین حال تجربه هیجانات دشوار را نشان داده است.

فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شود فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند. بیماری‌های مزمن روانی علائمی در مراقبین و خانواده‌های آن‌ها ایجاد می‌کند؛ مثلاً اجتناب، بازداری فکر، مختل شدن کیفیت زندگی خانوادگی، مشکلات خلقی و غیره. مجموعه این علائم مناسب و مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود فرد به جای صرف زمان زیادی برای تلاش در کاهش افکار مزاحم و اجتناب از اضطراب، بر انجام کارهای مهم و ارزشمند متمرکز شود [۲۲]. این درمان می‌تواند استرس روان‌شناختی را در افراد کاهش دهد [۲۳]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچنین یکی از درمان‌های مورد توجه در بهبود متغیرهای روان‌شناختی مثبت است [۲۴]. اخیراً درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اختلالات روانی با ویژگی‌های روان‌پریشی نیز مورد استفاده قرار گرفته است [۲۵]. در نتیجه هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است [۲۶].

در پژوهش‌های خارجی، مگ‌هاگ، در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان دادند پس از اجرای طرح درمانی، بیماران در شاخص‌هایی از قبیل میزان تجربه بیماری، افسردگی، اضطراب و ناتوانی، بهبودی معناداری را نسبت به قبل از اجرای درمان نشان دادند. مگ‌هاگ، بیان می‌دارد روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر تقویت انعطاف روان‌شناختی افراد برای رسیدن به ارزش‌های اصلی زندگی متمرکز می‌شود [۲۷]. کابات و همکاران، در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیقی از تن‌آرامی و مراقبه ذهن‌آگاهی، می‌تواند یک درمان انتخابی در حل مشکلات درون‌خانوادگی باشد [۲۸].

در پژوهش‌های داخلی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مادران دارای فرزندان اوتیسم، مادران کودکان سرطانی و همسران جانبازان جنگ بررسی و تأیید شده است، ولی با توجه به بررسی‌های پژوهشگر به نظر می‌رسد در زمینه مراقبان خانوادگی بیماران اسکیزوفرنی پژوهشی انجام نشده است [۲۹-۳۱]. به همین دلیل سؤال اساسی تحقیق این بود که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری، معنا در زندگی و بهبود عملکرد خانوادگی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است؟

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	هدف	تکنیک
اول	آشنایی و آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	راهبردهای کنترل به عنوان مسئله با کمک استعاره شخص در چاه
دوم	درماندگی خلاق و بررسی راهبردهای کنترل خاصی که تاکنون فرد استفاده کرده	کنترل دنیای بیرون در مقابل دنیای درون با کمک استعاره دونات ژله‌ای
سوم	تمایل به جای کنترل	بررسی تمایل به جای اجتناب با کمک استعاره گدا
چهارم	آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی با کمک استعاره قطار	آموزش گسلش در مقابل آمیختگی شناختی با کمک استعاره قطار
پنجم	حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده‌گر	خود به عنوان زمینه در مقابل خود به عنوان محتوا با استفاده از استعاره شطرنج
ششم	ایجاد الگوهای منطقی رفتار از طریق مواجهه ارزش محور	تصریح ارزش‌ها با استفاده از استعاره تشییع جنازه
هفتم و هشتم	توسعه خزانه رفتاری و الگوهای منطقی‌تر پاسخ‌دهی به افکار مزاحم و تنش و اضطراب	زندگی در زمان حال از طریق ذهن آگاهی

فوق‌دانش

با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، سنجیدند و ارزیابی کردند. این پرسش‌نامه شامل هفت خرده‌مقیاس است. برای نمره‌گذاری آزمون، به هر سؤال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید واژه‌ها داده می‌شود: کاملاً موافقم: ۱، موافق: ۲، مخالف: ۳ و کاملاً مخالف: ۴. ابزار سنجش عملکرد خانواده با ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود، همسانی درونی خوبی دارد. پایایی نسخه خارجی این پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۸ و نسخه ایرانی پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۴ و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است [۳۵، ۳۶]. همچنین روایی همگرایی نمره عملکرد کلی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی سازنده معنادار و برابر با ۰/۴۶ به دست آمده است [۳۶].

مقیاس معنای زندگی

مقیاس معنای زندگی توسط استگر، فریزر، اویشی و کالر^۵، جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شده و اعتبار و پایایی و ساختار عاملی آن در پژوهش‌های مختلف با نمونه‌های متفاوت بررسی شده است [۳۷]. مقیاس معنای زندگی شامل دو زیرمقیاس است (وجود معنا در زندگی و نیز جست‌وجو برای یافتن معنا) که هر کدام پنج گویه را ارزیابی می‌کنند. مجموع نمرات سؤال‌های ۸، ۷ و ۳ و ۲ و ۱۰ میزان تلاش فرد برای یافتن معنا و مجموع نمرات سؤال‌های ۴ و ۱ و ۶ و ۵ و ۹ (با کدگذاری معکوس) میزان معناداری زندگی فرد را مشخص می‌کنند. سؤالات بررسی میزان معنا در زندگی در مقیاس هفت‌گویه‌ای لیکرت از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های هر دو زیرمقیاس بین عدد ۵ تا ۳۵ متغیر بوده و نمره بالا نشان‌دهنده میزان بالاتر وجود یا جست‌وجوی معنای

کرونباخ، برابر با ۰/۸۷ به دست آمده [۳۳]. همچنین نتایج آزمون تحلیل عامل در این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در این مقیاس بوده است. برای به‌دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سؤالات با هم جمع زده می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۰ خواهد داشت. هرچه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود و برعکس نقطه برش این پرسش‌نامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود. هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد به همان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود (البته نیازی به استفاده از این نقطه برش در پژوهش حاضر نبود).

نمره کلی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی، معتبر محسوب می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس بیانگر آن است که فرد به طور مؤثرتری از عهده رویدادهای ناخوشایند یا پیچیده زندگی خود برخوردار خواهد بود. تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب ۰/۸۹ به دست آمده است [۱۰]. همچنین در نسخه ایرانی پرسش‌نامه که روی نمونه دانشجویان اجرا شده است، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده و روایی سازه آن به شیوه تحلیل عامل اکتشافی تأیید و شاخص شاخص کایزر-مایرز-الکین^۴ آن برابر با ۰/۸۷ به دست آمده است [۳۴].

پرسش‌نامه عملکرد خانوادگی

مقیاس عملکرد خانوادگی یک پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است که برای سنجیدن عملکرد خانواده بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب

5. Steger, Frazier, Oishi & Kaler

4. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول شماره ۲ و یافته‌های توصیفی در جدول شماره ۳ ارائه شده‌اند.

نتایج آزمون خیدو در مقایسه فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی دو گروه در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین هیچ کدام از متغیرهای کنترل در دو گروه، تفاوت

زندگی است. طبق پژوهش استگر و همکاران پایایی زیرمقیاس‌های وجود معنا و جست‌وجوی معنا به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۳ است [۳۷]. این پرسش‌نامه در ایران توسط مصرآبادی و همکاران اعتباریابی شده است. نتیجه این تحقیق نشان داده که پرسش‌نامه معنا در زندگی روایی و پایایی مناسبی دارد. ضریب آلفا برابر با ۰/۸۴ گزارش داده شده است. روایی همگرای آن با پرسش‌نامه رضایت از زندگی معنادار بوده و پایایی بازآزمایی آن برابر با ۰/۷۳ بوده است [۱۲].

جدول ۲. داده‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی و بالینی

جنس	شاخص‌های آماری		فراوانی (درصد)		سطح معنی‌داری
	آزمایش	کنترل	خی دو	کنترل	
زن	۵ (۳۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۲/۴۰۰	۷ (۴۶/۷)	۰/۳۰۱
مرد	۱۰ (۶۶/۷)	۸ (۵۲/۳)		۸ (۵۲/۳)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
۱۸ تا ۳۵ سال	۶ (۴۰)	۸ (۵۲/۳)	۱/۲۰۰	۸ (۵۲/۳)	۰/۲۷۳
۳۶ تا ۴۵ سال	۶ (۴۰)	۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
بیشتر از ۴۵ سال	۳ (۲۰)	۵ (۳۳/۳)		۵ (۳۳/۳)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
مجرد	۷ (۴۶/۷)	۱۰ (۶۶/۷)	۰/۵۳۳	۱۰ (۶۶/۷)	۰/۴۶۵
متاهل	۸ (۵۲/۳)	۵ (۳۳/۳)		۵ (۳۳/۳)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
مدت بیماری: ۱ تا ۵ سال	۱ (۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۴/۸۰۰	۴ (۲۶/۷)	۰/۰۵۲
۶ تا ۱۰ سال	۶ (۴۰)	۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
بیشتر از ۱۰ سال	۸ (۵۲/۳)	۹ (۶۰)		۹ (۶۰)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
سابقه بیماری جسمی: خیر	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۱/۲۰۰	۹ (۶۰)	۰/۲۷۳
بلی	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)		۶ (۴۰)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
سابقه خودکشی: خیر	۱۱ (۷۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	۴/۵۳۳	۱۱ (۷۳/۳)	۰/۰۷۱
بلی	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)		۴ (۲۶/۷)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
سابقه زندان بازداشت: خیر	۱۳ (۸۶/۷)	۱۳ (۸۶/۷)	۴/۱۳۳	۱۳ (۸۶/۷)	۰/۰۸۰
بلی	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	
سابقه بستری: خیر	۱۰ (۶۶/۷)	۱۱ (۷۳/۳)	۰/۱۳۳	۱۱ (۷۳/۳)	۰/۷۱۵
بلی	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)		۴ (۲۶/۷)	
مجموع	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)		۱۵ (۱۰۰)	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری

خرده‌مقیاس	شاخص	نوع آزمون	میانگین \pm انحراف معیار	
			آزمایش	کنترل
عملکرد خانوادگی		پیش‌آزمون	۹/۶ \pm ۲/۰۵	۱۵/۳۴ \pm ۲/۷۵
		پس‌آزمون	۱۳/۳۸ \pm ۳/۸۶	۱۴/۴۷ \pm ۳/۰۱
		پیگیری	۱۳/۹۰ \pm ۴/۳۰	۱۳/۹۲ \pm ۳/۲۰
معنای زندگی		پیش‌آزمون	۳۹/۸۰ \pm ۸/۷۳	۳۷ \pm ۹/۷۸
		پس‌آزمون	۴۵/۹۳ \pm ۸/۳۳	۳۷/۲۶ \pm ۱۰/۴۰
		پیگیری	۴۶/۱۳ \pm ۸/۳۹	۳۵/۰۶ \pm ۱۱/۲۸
تاب‌آوری		پیش‌آزمون	۳۶ \pm ۱۳/۲۵	۵۵/۶۶ \pm ۱۶/۷۸
		پس‌آزمون	۵۴/۴۶ \pm ۱۷/۱۵	۵۳/۱۳ \pm ۱۵/۸۸
		پیگیری	۵۴/۱۳ \pm ۱۶/۱۸	۵۲/۶۶ \pm ۱۵/۹۸

فوق دانش

تکراری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری امکان پذیر است. نتایج تحلیل نهایی در **جدول‌های شماره ۷ و شماره ۸** ارائه شده‌اند. یافته‌های پژوهش نشان داد در مقیاس معنا در زندگی و عملکرد خانواده در بین گروه کنترل و آزمایش در سه‌بار آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد در مقیاس تاب‌آوری در گروه آزمایش در سه‌بار آزمون تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است، ولی تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنادار نیست ($P > 0/05$).

بحث

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح تاب‌آوری، معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی مراقبین خانوادگی

معنی‌دار نیست و نیاز به کنترل آن‌ها نیست. نتایج **جدول شماره ۳** نشان می‌دهد میانگین نمرات معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری گروه آزمایش طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون روند افزایشی داشته است؛ در صورتی که این روند در گروه کنترل کاهش یافته است.

به منظور استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای بررسی نرمال بودن نمرات معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده شد، برای بررسی تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، به منظور بررسی پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها از آزمون ماچلی استفاده شد (**جدول‌های شماره ۴، شماره ۵ و شماره ۶**). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های

جدول ۴. آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف نمرات معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری

مؤلفه‌ها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
عملکرد خانواده	آزمایش	۰/۱۸۰	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۲۸	۱۵	۰/۲۰۰
معنای زندگی	آزمایش	۰/۱۳۶	۱۵	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۱۸۰	۱۵	۰/۲۰۰
تاب‌آوری	آزمایش	۰/۲۰۸	۱۵	۰/۰۸۰
	کنترل	۰/۱۳۳	۱۵	۰/۰۷۶

فوق دانش

جدول ۵. آزمون لوین در مورد همسانی واریانس نمرات معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری در مرحله پیش‌آزمون

مؤلفه‌ها	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
عملکرد خانواده	۱/۰۹۴	۱	۲۸	۰/۳۰۴
معنای زندگی	۰/۸۶۳	۱	۲۸	۰/۳۶۱
تاب‌آوری	۰/۵۷۶	۱	۲۸	۰/۴۵۴

فوق دانش

جدول ۶. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی تناسب کوواریانس‌های متغیرهای معنای زندگی، عملکرد خانوادگی و تاب‌آوری

اثر درونی	میزان ماچلی	مجذور خی دو	df	Sig.
معنای زندگی	۰/۴۸۵	۱۸/۸۰۵	۲	۰/۰۰۱
عملکرد خانوادگی	۰/۸۷۲	۳/۷۰۲	۲	۰/۱۵۷
تاب‌آوری	۰/۲۴۰	۳۷/۰۹۷	۲	۰/۰۰۱

فوق دانش

نشان داد در گروه آزمایش تفاوت بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون معنی‌دار است، ولی تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار نیست و نمرات شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون نسبت به پیگیری افزایش نیافته است. نتایج این پژوهش تا اندازه‌ای با نتایج پژوهش آیلنبرگ

بیماران اسکیزوفرنی بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده در ذیل ارزیابی می‌شوند.

نتایج به‌دست‌آمده در ارتباط با اثربخشی مداخله بر سطح تاب‌آوری

جدول ۷. نتایج تحلیل مانووا مربوط به تأثیر عضویت گروه‌ها

متغیر	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مقدار اتا	توان آماری
تاب‌آوری	۰/۰۶۳	۰/۸۷۹	۰/۴۲۷	۰/۰۶۳	۰/۱۸۵
عملکرد خانوادگی	۰/۲۳۷	۳/۹۷۱	۰/۰۳۱	۰/۲۳۷	۰/۶۶۲
معنا در زندگی	۰/۰۸۴	۱/۱۹۰	۰/۳۲۰	۰/۰۸۴	۰/۲۳۷

فوق دانش

جدول ۸. مقایسه زوجی نمرات تاب‌آوری دو گروه در سباز آزمون

متغیرها	مرحله	آزمون	تفاوت میانگین	معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۷/۵۶۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰۰	۰/۴۰۶
عملکرد خانوادگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۳۷۸	۰/۰۱۰
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱/۳۶۶	۰/۰۱۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۱۲	۰/۹۷۵
معنا در زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۳۳	۰/۰۳۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۳۳	۰/۶۴۴
	پس‌آزمون	پیگیری	-۱	۰/۴۱۶

فوق دانش

مثبت در زندگی در مراقبین این بیماران داشته است و علت عدم استمرار نتایج در مرحله پیگیری را می‌توان محدودبودن زمان در شناسایی ارزش‌های فرد دانست که برای رفع این موضوع تدوین برنامه درمانی طولانی‌مدت‌تر نیاز است.

در نهایت متغیر سوم پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح عملکرد خانوادگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخته شده است. نتایج نشان می‌دهد این درمان تأثیر معناداری بر افزایش سطح عملکرد خانوادگی خانواده‌های این بیماران در مرحله پس‌آزمون و استمرار آن در مرحله پیگیری داشته است. با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون، پژوهش کاملاً مشابهی در زمینه موضوع این پژوهش یافت نشد، ولی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مشابه در این زمینه از جمله پژوهش مک‌هاک و پژوهش‌های داخلی مشابه در این زمینه از جمله پژوهش مولوی و همکاران، نریمانی و همکاران و آقای و همکاران [۳۹-۴۱] [۲۷] همسو است.

در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت بدون شک برای هر خانواده‌ای حرکت در چارچوب ارزش‌ها امری مهم است. در واقع عملکرد یک خانواده زمانی مطلوب است که در چارچوب ارزش‌های آن باشد. می‌توان عملکرد خانواده را با موفقیت آن‌ها در زمینه حرکت یا عدم حرکت در راستای ارزش‌ها تعیین کرد. خانواده‌های دارای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نیز از این قاعده مستثنا نیستند. عملکرد این‌گونه خانواده‌ها به دلیل مشکلات آن‌ها گاه دچار کم و کاستی‌هایی می‌شود که امکان حرکت در جهت ارزش‌ها را از آن‌ها سلب می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفاف‌سازی و تصریح ارزش‌ها، شناسایی موانع آن‌ها و ایجاد حس تعهد به این‌گونه خانواده‌ها، برای بهبود عملکرد خانواده مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درصدد است به افراد کمک کند تا تمایز بین واقعیت و رویدادهای درونی را کشف کنند و مبنای عمل و عملکرد را بیشتر بر اساس واقعیت قرار دهند [۲۵]. تمرکز این رویکرد بر گسلس و عدم آمیختگی می‌تواند موجب بهبود کارایی و عملکرد قرار گیرد. این درمان به خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی کمک می‌کند بیشتر بر اساس واقعیت عمل کنند [۲۸].

در سطح خانواده‌ها نیز همانند سطح فردی این گسلس می‌تواند به بهبود عملکرد خانواده منجر شود. حضور در جلسات درمانی فرصتی را برای خانواده‌ها فراهم کرد تا در عین آشنایی با افرادی که دارای مشکلات شبیه به خودشان هستند، از تجربه و تغییرات و روش‌های آن‌ها برای حل مشکلات استفاده کنند. در این جلسات اعضا با مشاهده تغییرات دیگر اعضا و موفقیت‌های آن درصدد تلاش برای حل مشکل برآمده و سعی کردند با توجه به تجربیات دیگر اعضا، عملکرد خود را بهبود بخشند. تحقیقات مختلف نشان می‌دهند در حال حاضر اسکیزوفرنی به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن، شایع و یک تهدید برای سلامت روانی خانواده‌ها به شمار می‌رود. اسکیزوفرنی سبب دگرگونی و تغییر در ابعاد مختلف عملکرد خانواده

و همکاران همسو است [۲۶]. در خصوص تبیین این یافته می‌توان بیان کرد وجود بیماری اسکیزوفرنی همواره برای فرد و خانواده او موجب ایجاد استرس و اضطراب می‌شود و بسیاری از موقعیت‌ها را برای او و خانواده‌اش سخت و دشوار می‌کند و باعث کاهش تاب‌آوری خانواده بیمار می‌شود [۷]. در ارتباط با بهبود تاب‌آوری این بیماران در مرحله پس‌آزمون می‌توان گفت استفاده از تکنیک‌های مربوط به افزایش گسلس و پذیرش فرد در پذیرش افکار و احساسات مرتبط با زندگی و همراهی با این بیماران و تمرکز بر توانمندی‌ها برای حرکت ارزشمند در طول تجربه احساسات در موقعیت‌های سخت ناشی از این بیماری، می‌تواند تبیین‌کننده این نتایج باشد. در این پژوهش، هدف کمک به فرد است تا یک فکر ناشی از طرح‌واره‌ها را فقط به عنوان یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی بپردازد که برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است [۳۰]. علت عدم استمرار این نتایج در مرحله پیگیری را می‌توان تعداد کم جلسات دانست که مانع از تفهیم و تعمیق هرچه بیشتر فلسفه و تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شده است. خصوصاً اینکه بار عاطفی داشتن یک بیمار اسکیزوفرن بسیار بیشتر از افکار اضطرابی متداول مرتبط با استرس‌های روزمره است.

متغیر دوم پژوهش این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح معنا در زندگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر دارد. نتایج نشان داد تفاوت میانگین دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنادار بود، اگرچه در مرحله پیگیری ادامه پیدا نکرده است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، در خانواده‌های بیماران اسکیزوفرنی به سبب مشکلاتی که ناشی از علائم این بیماری و رفتار بیمار برای آن‌ها در خانواده به وجود می‌آید، احساس پوچی و بی‌هدفی افزایش می‌یابد. طبق دیدگاه ادراک خوب‌بستن، بعضی از این افراد خودشان را انسان‌های شکست‌خورده و بی‌هدف می‌پندارند و دنیا را مملو از موانعی می‌دانند که اجازه نمی‌دهند آن‌ها را به هدفشان نزدیک کند.

وجود این بیماران در خانواده، افکار پوچ را در آن‌ها شدت می‌بخشد [۱۷]. در این بین، بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌اثر است، یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند، در نهایت آموزش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند ارزش‌های اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخصشان کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. این آموزش‌ها باعث کاهش احساس پوچی و افزایش وجود معنا در زندگی فرد می‌شود [۳۸]. با این حال در بین مؤلفه‌های این رویکرد درمانی، قسمت تصریح ارزش‌ها، نقش مهمی را در افزایش معنای

مشارکت نویسندگان

اجرای مداخله، جمع‌آوری داده‌ها: سمیه مقبل اصفهانی (۶۰ درصد)؛ تجزیه و تحلیل آماری و نگارش مقاله: سید عباس حقایق (۴۰ درصد).

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

می‌شود. وجود مشکلات روانی یکی از مهم‌ترین گروه‌های هدف این درمان بودند و یافته‌های به‌دست‌آمده در این راستا نیز نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سطح معنا در زندگی و عملکرد خانوادگی خانواده‌های بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مؤثر است.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد این درمان، می‌تواند به عنوان گزینه مطلوبی در افزایش بهبود تعاملات درون خانوادگی این بیماران و تحمل پیامدهای روانی ناخواسته این اختلال در اعضای خانواده این بیماران محسوب شود. البته به نظر می‌رسد افزایش سطح تاب‌آوری مراقبین این بیماران، نیازمند افزایش تعداد جلسات درمانی است.

از جمله محدودیت‌های عمده این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری این پژوهش که به صورت در دسترس بوده و به صورت دوسرکور انجام نشده، اشاره کرد که ممکن است تا اندازه‌ای قابلیت تعمیم‌دهی نتایج و روایی بیرونی پژوهش را دچار مشکل کند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل برخی از متغیرها مانند نسبت مراقبان، طول مدت بیماری بیمار و وضعیت روان‌شناختی خود مراقبان اشاره کرد که ممکن است در نتایج تأثیر گذار بوده باشد.

پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش، پژوهش‌های مشابهی با این رویکرد درمانی در مراقبان خانوادگی این بیماران انجام شود. با توجه به تأثیر این روش درمانی در افزایش سطح معنا در زندگی و عملکرد خانواده در خانواده‌های این دسته از بیماران، پیشنهاد می‌شود مشاورین این مراکز از این روش درمانی در کنار دیگر روش‌های درمانی در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و بالابردن سطح عملکرد خانواده‌های بیماران بهره‌گیرند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد نجف‌آباد دارای کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.۱۳۹۷/۰۳۲ است و به منظور رعایت اخلاق پژوهش، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات به‌دست‌آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و پس از پایان پژوهش (اتمام مرحله پیگیری) و به منظور قدردانی و رعایت اخلاق پژوهش، چهار جلسه آموزشی درباره آشنایی با ماهیت اختلال اسکیزوفرنی و نحوه ارتباط برقرار کردن با این بیماران در داخل خانواده برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل برگزار شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- [1] Sadati Z. [Comparison of metacognitive beliefs in schizophrenic patients, depressive disorder and normal group (Persian)]. *Semnan Clinical Psychology Journals*. 2008; 14(1):46-55.
- [2] Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer M. The impact of caregivers' characteristics, patients' conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 114(5):363-74. [DOI:10.1111/j.1600-0447.2006.00797.x] [PMID]
- [3] Kinsella KB, Anderson RA, Anderson WT. Coping skills, strengths, and needs as perceived by adult offspring and siblings of people with mental illness: A retrospective study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996; 20(2):24-32. [DOI:10.1037/h0095388]
- [4] Marsh DT. *Families and mental illness: New directions in professional practice*. New York: Praeger; 1992.
- [5] Malekoti K. [Comparison of the implications of using mental health experts and family members of consumers of patient services in pursuing the treatment and rehabilitation of chronic mental patients and their need for care and treatment (Persian)]. *Hakim*. 2007; 6(2):1-30.
- [6] Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*. 1999; 61(4):411-9. [DOI:10.1097/00006842-199907000-00001] [PMID]
- [7] Chen X, Mao Y, Kong L, Li G, Xin M, Lou F, et al. Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*. 2016; 96:78-82. [DOI:10.1016/j.paid.2016.02.062]
- [8] Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2015; 43(1):177-87. [DOI:10.1007/s10802-014-9893-6] [PMID]
- [9] Graziano S, Rossi A, Spano B, Petrocchi M, Biondi G, Ammaniti M. Comparison of psychological functioning in children and their mothers living through a life-threatening and non life-threatening chronic disease: A pilot study. *Journal of Child Health Care*. 2016; 20(2):174-84. [DOI:10.1177/1367493514563854] [PMID]
- [10] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2):76-82. [DOI:10.1002/da.10113] [PMID]
- [11] Yates TM, Masten AS. Fostering the future: Resilience theory and the practice of positive psychology. In: Linley PA, Joseph S, editors. *Positive Psychology in Practice*. Hoboken: John Wiley & Sons Inc; 2004.
- [12] Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. [Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7(1):83-90.
- [13] Asghari Nekah SM, Jansouz F, Kamali F, Taherinia S. [The resiliency status and emotional distress in mothers of children with cancer (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 7(1):15-27.
- [14] Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; 71(3):543-62. [DOI:10.1111/1467-8624.00164] [PMID] [PMCID]
- [15] Steger MF, Oishi S, Kashdan TB. Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood. *The Journal of Positive Psychology*. 2009; 4(1):43-52. [DOI:10.1080/17439760802303127]
- [16] Frankl V. *Man's search for meaning*. New York: Simon & Shuster; 1984.
- [17] Marco JH, Guillén V, Botella C. The buffer role of meaning in life in hopelessness in women with borderline personality disorders. *Psychiatry Research*. 2017; 247:120-4. [DOI:10.1016/j.psychres.2016.11.011] [PMID]
- [18] Sarmiento IA, Cardemil EV. Family functioning and depression in low-income latino couples. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2009; 35(4):432-45. [DOI:10.1111/j.1752-0606.2009.00139.x] [PMID]
- [19] Tantirangsee N, Assanangkornchai S, Marsden J. Effects of a brief intervention for substance use on tobacco smoking and family relationship functioning in schizophrenia and related psychoses: A randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015; 51:30-7. [DOI:10.1016/j.jsat.2014.10.011] [PMID]
- [20] Solomon P. Interventions for families of individuals with schizophrenia. *Disease Management and Health Outcomes*. 2000; 8(4):211-21. [DOI:10.2165/00115677-200008040-00004]
- [21] Nassiri S, Ghorbani M, Adibi P. [The effectiveness of acceptance and commitment-based treatment in quality of life in patients with functional gastrointestinal syndrome (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2016; 4(27):102-93.
- [22] Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(1):1-25. [DOI:10.1016/j.brat.2005.06.006] [PMID]
- [23] Wicksell RK, Kanstrup M, Kemani MK, Holmström L, Olsson GL. Acceptance and commitment therapy for children and adolescents with physical health concerns. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2:1-5. [DOI:10.1016/j.copsyc.2014.12.029]
- [24] Baradaran M, Alipour HZ, Farzad V. [Comparison of effectiveness of acceptance and commitment therapy and motivational interviewing on decreasing anxiety, depression, stress and increasing hope in essential hypertensive patients (Persian)]. *Clinical Psychology*. 2016; 8(4):95-105.
- [25] Jansen JE, Morris EM. Acceptance and commitment therapy for posttraumatic stress disorder in early psychosis: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017; 24(2):187-99. [DOI:10.1016/j.cbpra.2016.04.003]
- [26] Eilenberg T, Fink P, Jensen J, Rief W, Frosthalm L. Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for health anxiety: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2016; 46(1):103-15. [DOI:10.1017/S0033291715001579] [PMID]
- [27] McHugh L. A new approach in psychotherapy: ACT (Acceptance and Commitment Therapy). *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2011; 12(Suppl. 1):76-9. [DOI:10.3109/15622975.2011.603225] [PMID]
- [28] Peterson LG, Pbert L. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1992; 149(7):936-43. [DOI:10.1176/ajp.149.7.936] [PMID]
- [29] Saeedmanesh M, Azizi M. [The effectiveness of acceptance commitment therapy on acceptance and defense style of parent with autistic children (Persian)]. *Therapy on the parent with denial defense mechanism*. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2016; (7):1-8.
- [30] Mohamad SM. [The effectiveness of group-based acceptance and group commitment on the satisfaction of mothers of children with cancer (Persian)]. *Semnan Clinical Psychology*. 2017; 34(2):29-35.
- [31] Moghtadayl M., Khosh Akhlagh H. [Effectiveness of acceptance- and commitment-based therapy on psychological flexibility of veterans' spouses (Persian)]. *Tebe-E-Janbaz*. 2015; 7(4):183-8.

- [32] Delavar A. [Research methods of psychology and education (Persian)]. Tehran: Virayesh; 2017.
- [33] Momeni KH, Alikhani M. [The relationship between family functioning, differentiation of self and resiliency with stress, anxiety and depression in the married women Kermanshah City (Persian)]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2013; 3(2):297-329.
- [34] Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of resilience on mental health and life satisfaction (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2007; 13(3):290-5.
- [35] Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1983; 9(2):171-80. [DOI:10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x]
- [36] Ghamari M. [The comparison of family functioning dimensions and quality of life and their relationships among addicted and non-addicted persons (Persian)]. *Journal of Research on Addiction*. 2010; 5(18):55-68.
- [37] Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*. 2006; 53(1):80-93. [DOI:10.1037/0022-0167.53.1.80]
- [38] Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE, editors. *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2009.
- [39] Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia (Persian)]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2014; 14(4):412-23.
- [40] Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. [The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the quality of infertile women's life (Persian)]. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*. 2014; 4(3):387-405.
- [41] Aghaei A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on vitality and resiliency in patients with psoriasis (Persian)] [MA. thesis]. Khorasgan: Islamic Azad University; 2013.