



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

فائزه ابراهیمی صدر^۱، مجید محمود علیلو^{۲*}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفت. روش این پژوهش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به ام اس شهر تبریز که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن ام اس این شهر بودند تشکیل داد. ۳۰ نفر با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایشی درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و ناامیدی بک بودند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس شده‌اند ($p < 0/001$)؛ و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر دارد ($p < 0/001$). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً سبب کاهش اضطراب مرگ و در نتیجه مقابله بهتر با بیماری و کاهش ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس شده است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، ناامیدی، ام اس

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. * استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول) (m-alilou@tabrizu.ac.ir)



مقدمه

ام اس^۱ یک بیماری ناتوان کننده مزمن است که میلیون سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می کند و به همین علت بخشی از عضلات بدن به تدریج توانایی خود را از دست می دهند (انجمن ملی ام اس^۲، ۲۰۱۹). زنان سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می شوند و میانگین سنی ابتلا به آن ۳۰ سال است (تسانگ و مکدونل^۳، ۲۰۱۱). اضطراب مرگ^۴ بالا (گرابلرم^۵ و همکاران، ۲۰۱۸)، تاب آوری^۶ کم (ضیائیان و همکاران، ۲۰۱۲) و کاهش سطح امیدواری^۷ و شادکامی^۸ (براون و همکاران^۹، ۲۰۱۵) از شایع ترین مشکلات بیماران مبتلا به ام اس می باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل توجهی بر کیفیت زندگی این افراد دارد، عملکردهای آن ها را محدود کرده و هزینه های سنگینی را به آن ها و اعضای خانواده شان تحمیل می کند (اورکی و سامی، ۱۳۹۵).

مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم ترین عوامل سلامت روانی افراد به شمار می رود (براون و همکاران، ۱۳۹۲). طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا^{۱۰} اضطراب مرگ عبارت است از «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می دهد» (ونس و تالبر^{۱۱}، ۲۰۱۷). از آن جایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به وضوح لمس نکرده، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری هایی نظیر سرطان و ام اس شاید به مراتب بیش تر از سایر افراد جامعه باشد (دگی^{۱۲}، ۲۰۰۹).

بیماران مبتلا به ام اس به دلیل احساس متفاوت بودن با دیگران دچار حالت هایی از احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی می شوند (لئونوویکیوس و آدومایتیئیس^{۱۳}، ۲۰۱۲). ناامیدی، نظامی از طرحواره های منفی است که فرد نسبت به خود و آینده اش دارد (ایپک^{۱۴}، ۲۰۱۰) و دل مردگی ناشی از افسردگی است که می تواند خود را در قالب از دست رفتن امید به آینده نشان دهد؛ در این شرایط فرد احساس نامطلوب نسبت به خود و آینده دارد (براون و همکاران^۹، ۲۰۱۵).

1. multiple sclerosis
2. national multiple sclerosis society
3. Tsang & Macdonell
4. death anxiety
5. Grablerm
6. resilience
7. hope
8. happiness
9. Brown
10. british national health service
11. Venes & Taber
12. Degi
13. Leonavicius & Adomaitiene
14. Ipek



۱۱). چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا به ام اس، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان شناختی را مورد توجه قرار داد. به عنوان مثال، راتو^{۱۵} (۲۰۱۴) نشان داد که علاوه بر مصرف داروهای ام اس، درمان مدیریت استرس می تواند مفید واقع شود. در مورد مداخلات روان شناختی، می توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان درمانی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۶} اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی^{۱۷} را به شیوه های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف پذیری روان شناختی انجام می شود. انعطاف پذیری روان شناختی به این معنی است که فرد به طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هیس و لیلیس^۱، ۲۰۱۶). با کمک این درمان افراد می توانند با پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن ها و با آگاهی و شناخت از ارزش های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب تر باشد و به ارزش هایشان نزدیک تر باشد، نه این که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (بورکرات^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش های مختلف حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری (Rattue, 2015)، اضطراب مرگ (صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۷) و تاب آوری (فراهانی و حیدری، ۱۳۹۷) بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری نگر و پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت ها و سرمایه های روان شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار باشد؛ از این رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن ها را که معتقدند این درمان بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر می باشند، مورد بررسی قرار دهند. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می باشد.

15. Rattue

16. acceptance & commitment therapy

17. mindfulness

1. Hayes & Lillis

2. Burckhardt



مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر تبریز بود که در سال ۱۴۰۰ عضو انجمن ام اس این شهر بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس مبتنی بر هدف استفاده شد. پس از کسب رضایت مسئولین انجمن و بیماران، پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر^۳ و ناامیدی بک^۴ در بین ۱۱۳ بیمار توزیع شد که ۷۶ نفر در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند. از این بین، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود (سن ۲۵ تا ۴۰ سال، متأهل بودن، ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۲ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از ام اس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب، و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد فرمول حجم نمونه Fleiss استفاده شد. تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G Power 3 و با در نظر گرفتن پارامترهای زیر محاسبه شد. اندازه اثر = ۰/۴۸؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۶۸؛ Repetitions = ۲؛ Noncentrality parameter $\lambda = 11/998$ ؛ Critical F = ۲/۴۶۵؛ Numerator = ۱؛ Pillai V = ۰/۴۵؛ Actual power = ۰/۸۱؛ Denominator df = ۲۹؛ df =

$$n = \frac{2\sigma_d^2(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

پیش از تقسیم تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی از طریق پرتاب سکه)، کلیه افراد از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و مدت زمان ابتلا به بیماری ام اس همسان شدند. توضیح این‌که در پژوهش حاضر ریزش نمونه نداشتیم. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر^۳: پرسشنامه ۱۵ سوالی تمپلر ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیش‌ترین کاربرد را در نوع خود داشته است. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خودسنجی متشکل از ۱۵ سوال بله/ خیر است و پاسخ بله نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این مقیاس از صفر تا ۱۵ است و نمره بیش‌تر از ۸، معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس ۰/۸۳، روایی همزمان به‌وسیله همبستگی آن با مقیاس

3. Templer

4. Beck

1. Templer's death anxiety questionnaire



اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (Saggin & Kline, 2002). ساقینو و کلاین^۲ (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به‌دست آمده است، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به‌دست آمد.

پرسشنامه ناامیدی بک^۳: مقیاس ناامیدی بک برای بررسی و اندازه‌گیری میزان انتظارهای منفی فرد درباره حوادث آینده ساخته شده است. این آزمون ۲۰ جمله دارد که طرز فکر و روحیه فرد را بیان می‌کنند. جملات، به‌صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۰ است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده است (Beck, 1978). اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به‌دست آمد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی هیپس و لیلیس (۲۰۱۶) برخوردار شدند (جدول ۱). برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا ۴ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ متخصص روان‌شناسی بالینی با درجه استاد تمام و ۱ روان‌شناس بالینی با درجه کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و ۴ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزار اندازه‌گیری ارزیابی شدند.

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

2. Saggin & Kline

3. Beck's Hopelessness questionnaire



توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت های حسی مختلف و جدایی از حس هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف	ششم
توضیح مفهوم ارزش ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف	هفتم
آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها، جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون	هشتم

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در مطالعه $32/03 \pm 4/75$ سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس آن ها $4/53 \pm 1/10$ بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان استفاده از انسولین آزمودنی ها مقایسه شده است. نتایج نشان می دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس تفاوت معنی داری وجود ندارد.

متغیر	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	p
سن (به سال)	آزمایش	$30/4 \pm 73/78$	۰/۱۳۷
	کنترل	$33/4 \pm 33/49$	
	کل	$32/4 \pm 03/75$	
مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس (به سال)	آزمایش	$4/1 \pm 67/23$	۰/۵۱۹
	کنترل	$4/0 \pm 40/98$	
	کل	$4/1 \pm 53/10$	

t # p <

در بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر، آزمون شاپیرو و بلک نشان داد پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده در سطح $(p < 0/05)$ معنی دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F اضطراب مرگ ($F=1/022$) و ناامیدی ($F=2/711$) به ترتیب در سطح $(0/199)$ و $(0/487)$ معنادار نبودند، بنابراین می توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی $(0/500)$ اضطراب مرگ در



سطح خطای داده شده (۰/۳۷۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) ناامیدی در سطح خطای داده شده (۰/۵۵۶) معنی دار نیست، لذا می توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم معنی داری مقدار F همه متغیرها در سطح خطای کوچک تر از (۰/۰۵) در همه متغیرها، می توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس های خطا برقرار است.

جدول ۳ نشان می دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و ناامیدی در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان می دهد نمرات اضطراب مرگ و ناامیدی گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معنی داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر آن، تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس بعد از ۴ ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و ناامیدی گروه آزمایش با گروه کنترل معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۰۱$).

مت غیر	گروه	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی داری تغییرات بین گروهی
	آزمایش	۱۱/۲±۲۷/۶۰	۷/۱±۴۰/۷۶	۱۱±۶۷/۶۳	۰/۰۱*
اض طراب مرگ	کنترل	۱۱/۲±۶۰/۴۴	۱/۲±۸۰/۳۳	۱۲±۷۳/۳۷	$P < ۰/۰۰۱$
	سطح معنی داری در هر مقطع	$p > ۰/۷۲۰$	$p < ۰/۰۰۱$ *	$p < ۰/۰۰۱$ *	-



		اندازه گیری بین گروه ها				
	۰۰۱*	۱۱±۹۳/۷۵	۶/۱±۸۰/۷۸	۱۰/۱±۹۲/۵۳	آزمایش	
۱۰۰۱*	P<۰/۱	۶				
	P<۰	۱۱±۶۰/۲۹	۱/۱±۵۳/۳۰	۱۱/۱±۴۰/۴۰	کنترل	
	>۰/۷ P	۱۱	۱			نام یدی
					سطح معنی داری در هر مقطع اندازه گیری بین گروه ها	
	-	p<۰/۰۰۲*	p<۰/۰۰۲*	p>۰/۳۹۲		

* p <

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت های عملی قدرت بیش تری نسبت به سایر آزمون ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ بیان می کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر اضطراب مرگ (۰/۶۴) نشان می دهد که ۶۴٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر ناامیدی بیان می کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر ناامیدی نشان داد که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر ناامیدی (۰/۴۸) نشان می دهد که ۴۸٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.



F

بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس تأثیر دارد، و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ و ناامیدی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب مرگ و ناامیدی کاهش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ و ناامیدی افراد در گروه آزمایشی مثبت بود.

تطابق نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های مشابه که از لحاظ موضوعی با این پژوهش تطابق داشته باشد، به دلیل در دسترس نبودن اثربخشی این درمان بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که



نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسوئی را مورد بحث قرار دهیم.

صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۷)، و فراهانی و حیدری (۱۳۹۷) در پژوهش‌های جداگانه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری، اضطراب مرگ، و تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است که نتایج این پژوهش‌ها به نوعی با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعان را با چالش مواجه می‌کند تا آن‌چه را که در حوزه‌های زندگی برایشان مهم است، مشخص کنند که عبارت‌اند از: ازدواج و صمیمیت، روابط خانوادگی، روابط دوستی و اجتماعی، حرفه و شغل، رشد و توسعه شخصی و آموزشی، تفریح و اوقات فراغت، مذهب و معنویت، رفتار شهروندی و رفاه جسمی، روانی و بهداشتی (هیس و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعات مختلفی رابطه منفی بین معنویت و اضطراب مرگ تأیید شده است؛ به این معنی که هرچه فرد اعتقادات معنوی بیش‌تری داشته باشد، اضطراب مرگ پایین‌تری را تجربه می‌کند (هیس و همکاران، ۲۰۱۲). بیرون‌راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد می‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (هیس و لیلیس، ۲۰۱۶). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شود. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این‌منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می‌بخشد (هیس و همکاران، ۲۰۱۲).

نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۲۵-۴۰ ساله مبتلا به ام اس شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به زنان مبتلا به ام اس جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه انجام شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل است. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف و در سایر شهرها اجرا گردد و از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.



نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با کاربرد فنون و روش های خاص خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس شده است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان شناختی آنها پیشنهاد می شود در انجمن های ام اس، و در کلینیک های روان شناسی بیمارستان ها و کلینیک های دولتی و خصوصی، علاوه بر مداخلات پزشکی، از این درمان ها به صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از شرکت کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.



منابع

- اورکی، محمد و سامی، پوران. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *شناخت اجتماعی*، ۵(۲): ۱۰۷-۱۱۹.
- بهرامی، نسیم؛ مرادی، محمد؛ سلیمانی، محمدعلی؛ کلانتری، زهرا و حسینی، فاطمه. (۱۳۹۲). اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۶(۸۲): ۶۱-۵۱.
- رجبی، غلامرضا و بحرانی، محمود. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوال‌های مقیاس اضطراب مرگ. *روانشناسی*، ۵(۴): ۳۳۱-۳۴۴.
- صفری موسوی، سیدسینا؛ غضنفری، فیرزوه و میردریکوند، فضل‌الله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام‌اس شهر خرم‌آباد. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۷(۴): ۲۴۱-۲۳۴.
- فراهانی، مریم و حیدری، حسن. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد مبتلا به بیماری ام‌اس. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۶): ۱۶۲-۱۴۹.
- مردانی ولندانی، مریم و غفاری، زینب. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس شهرکرد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۵): ۴۷-۵۶.
- مسلم‌خانی، مولود؛ ابراهیمی، محمد اسماعیل و صاحبی علی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علمی پژوهان*، ۱۷(۲): ۲۳-۱۵.
- Brown, FL; Whittingham, K; Boyd, RN; McKinlay, L & Sofronoff, K (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73: 58-66.
- Burckhardt, R; Manicavasagar, V; Batterham, PJ & Hadzi-Pavlovic, D (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *Psychology Journal of School Psychology*, 57: 41-52.
- Degi, CL (2009). Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer*, 17(8): 1101-1107.
- Grablerm MR; Weyen, U; Juckel, G; Tegenthoff, M & Mavrogiorgou-Juckel, P (2018). Death anxiety and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients and their primary caregivers. *Frontiers in neurology*, 9: 1035.
- Hayes, SC & Lillis, J (2016). *Acceptance and Commitment Therapy*. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association, 134-135.
- Hayes, SC; Pistorello, J & Levin, ME (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol*, 40(7): 976-1002.
- Ipek, N (2010). The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*, 9(1): 23-30.



- Leonavicius, R & Adomaitiene, V (2012). Impact of depression on multiple sclerosis patients life activities and treatment quality. *Biologine Psichiatrijair Psycho Farmakologija*, 14(1): 8-12.
- National Multiple Sclerosis Society. *WHAT IS MS?* [cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.nationalmssociety.org/>
- Rattue, P (2014). *Stress reduction therapy could significantly help MS patients*. Medical News Today. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.MedicalNewsToday.Com/Articles/247866.php>.
- Saggino, A & Kline, P (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *J Clin Psychol*, 52(3): 329-333.
- Tsang, BK & Macdonell, R (2011). Multiple sclerosis: Diagnosis, management and prognosis. *AFP*, 40(12): 948-955.



The effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on the Death Anxiety & Hopelessness of Patients with Multiple Sclerosis

Faezeh Ebrahimi Sadr¹, Majid Mahmoud Alilou^{*2}

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of acceptance & commitment therapy on death anxiety and hopelessness of patients with multiple sclerosis. The method of this study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow up with the control group. The population of the study was made up of women with MS in Tabriz who were members of the MS Association of this city in 2022. 30 people were selected using purposeful sampling and were randomly divided into two experimental and control groups (each group 15 people). The experimental group received their specific treatment in 8 sessions of 1.5 hours; But the control group did not receive any treatment. Measurement tools included Templer's death anxiety and Beck's hopelessness questionnaires. Data were analyzed by repeated measures ANOVA. The results showed that acceptance and commitment therapy compared to the control group, in the post-test, led to the reduction of death anxiety and hopelessness of patients with MS ($p < 0.001$); And these results in the follow-up stage also show the durability of the effect ($p < 0.001$). Acceptance and commitment therapy has probably reduced the anxiety of death and as a result cope better with the disease and reduce the despair of patients with MS.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, Death Anxiety, Hopelessness, Multiple Sclerosis

1. MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran

2. *Professor of Psychology, Department of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (corresponding author) m-alilou@tabrizu.ac.ir