فصلنامه ایده های نوین روانشناسی

دوره ۱۳، شماره ۱۷ ، تابستان سال ۱۴۰۱

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، نیمه‌تجربی 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 به‌صورت 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 تجزیه‌وتحلیل 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 ($p<۰/۰۰۱$)؛ و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر دارد ($p<۰/۰۰۱$). 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)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

مقدمه

ام اس[1] یک بیماری ناتوان‌کننده مزمن است که میلین سیستم اعصاب مرکزی و نخاع را تخریب می‌کند و به‌همین علت بخشی از عضلات بدن به‌تدریج توانایی خود را از دست می‌دهند (انجمن ملی ام اس[2]، ۲۰۱۹). زنان سه برابرِ مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند و میانگین سنی ابتلا به آن ۳۰ سال است (تسانگ و مک‌دونِل[3]، ۲۰۱۱). اضطراب مرگ[4] بالا (گرابلِرم[5] و همکاران، ۲۰۱۸)، تاب‌آوری[6] کم (ضیائیان و همکاران، ۲۰۱۲) و کاهش سطح امیدواری[7] و شادکامی[8] (براون و همکاران[9]، ۲۰۱۵) از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به ام اس می‌باشد. این علائم تأثیر منفی و مخرب قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود کرده و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و اعضای خانواده‌شان تحمیل می‌کند (اورکی و سامی، ۱۳۹۵).

مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت روانی افراد به‌شمار می‌رود (و همکاران، ۱۳۹۲). طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا[10] 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 می‌دهد» (وِنس و تالبر[11]، ۲۰۱۷). از آن‌جایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌هایی نظیر سرطان و ام اس شاید به‌مراتب بیش‌تر از سایر افراد جامعه باشد (دِگی[12]، ۲۰۰۹).

بیماران مبتلا به ام اس به‌دلیل احساس متفاوت‌بودن با دیگران دچار حالت‌هایی از احساس تنهایی، انزوا و ناامیدی می‌شوند (لِئوناویکیوس و آدومایتیئِنس[13]، ۲۰۱۲). ناامیدی، نظامی از طرحواره‌های منفی است که فرد نسبت به خود و آینده‌اش دارد (ایپِک[14]، ۲۰۱۰) و دل‌مردگی ناشی از افسردگی است که می‌تواند خود را در قالب از دست رفتن امید به آینده نشان دهد؛ در این شرایط فرد احساس نامطلوب نسبت به خود و آینده دارد (

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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

). چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به‌مشکلات افراد مبتلا به ام اس، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روان‌شناختی را مورد توجه قرار داد. به‌عنوان مثال، راتو[15] (۲۰۱۴) نشان داد که علاوه بر مصرف داروهای ام اس، درمان مدیریت استرس می‌تواند مفید واقع شود. درمورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی ازجمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[16] اشاره کرد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی[17] را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد. این امر با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی انجام می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنی است که فرد به‌طور کامل با لحظات کنونی تماس داشته باشد و براساس مقتضیات وضعیتی که در آن قرار دارد متعهد شود که رفتار خود را در راستای ارزش‌هایی که برگزیده است تغییر یا ادامه دهد (هِیس و لیلیس[1]، ۲۰۱۶). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (بورکرات[2] و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و امیدواری ( )، اضطراب مرگ (صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۷) و تاب‌آوری (فراهانی و حیدری، ۱۳۹۷) بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است.

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، درنظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری‌ست که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه اساسی آن‌ها را که معتقدند این درمان بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس موثر می‌باشند، 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 می‌باشد.

15. Rattue
16. acceptance & commitment therapy
17. mindfulness
1. Hayes & Lillis
2. Burckhardt

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی 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[3] و ناامیدی بک[4] 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، متأهل‌بودن، ابتلا به بیماری ام اس بیش از ۲ سال، شرکت کامل در جلسات درمانی) و معیارهای خروج از مطالعه (ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از ام اس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی، شرکت در جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی) انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شیوه 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 λ=۱۱/۹۹۸؛ Critical F=۲/۴۶۵؛ Numerator =۱ ؛df؛ Denominator df=۲۹؛ Actual power=۰/۸۱؛ Pillai V=۰/۴۵.

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

پیش از تقسیم تصادفی (به‌شیوه 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[1]: پرسشنامه ۱۵ سوالی تمپلر ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به‌مرگ 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است ( ). ساقینو و کلاین[2] (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[3]: 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 ( ). 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 هِیِس 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 به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به‌بیهودگی 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 سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

2. Saggino & Kline
3. Beck's Hopelessness questionnaire

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزآگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۳۲/۰۳±۴/۷۵ سال، و میانگین و انحراف معیار مدت زمان مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس آن‌ها ۴/۵۳±۱/۱۰ بود. در جدول ۲، میانگین و انحراف معیار سن و مدت زمان استفاده از انسولین آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن و مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	p
سن (به‌سال)	آزمایش	۳۰/۴±۷۳/۷۸	۰/۱۳۷
	کنترل	۳۳/۴±۳۳/۴۹	
	کل	۳۲/۴±۰۳/۷۵	
مدت زمان ابتلا به به بیماری ام اس (به‌سال)	آزمایش	۴/۱±۶۷/۲۳	۰/۵۱۹
	کنترل	۴/۰±۴۰/۹۸	
	کل	۴/۱±۵۳/۱۰	

p< # t

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه‌شده در سطح (p<۰/۰۵) معنی‌دار نیست. در آزمون ام باکس، چون F اضطراب مرگ (F=۱/۰۲۲) و ناامیدی (F=۲/۷۱۱) به‌ترتیب در سطح (۰/۱۹۹ و ۰/۴۸۷) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) اضطراب مرگ در

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

سطح خطای داده‌شده (۰/۳۷۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) ناامیدی در سطح خطای داده‌شده (۰/۵۵۶) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش نشان داد که با توجه به عدم‌معنی‌داری مقدار F همه متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) در همه متغیرها، می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و ناامیدی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات اضطراب مرگ و ناامیدی گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری 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 معنی‌دار می‌باشد (P<۰/۰۰۱).

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
اضطراب مرگ	آزمایش	۱۱/۲±۲۷/۶۰	۷/۱±۴۰/۷۶	۱/۶۷±۳۷	۰۰۱* P<۰/	۰۰۱/* P<۰
	کنترل	۱۱/۲±۶۰/۴۴	۱/۲±۸۰/۳۳ ۱	۲/۷۳±۳۷ ۱۱	۰/۸< P	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع	p>۰/۷۲۰	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

	اندازه‌گیری بین گروه‌ها					
نام یدی	آزمایش	۱۰/۱±۹۲/۵۳	۶/۱±۸۰/۷۸	۱/۱±۹۳/۷۵۶	۰۰۱* P<۰/	/۰۰۱* P<۰
	کنترل	۱۱/۱±۴۰/۴۰	۱/۱±۵۳/۳۰۱	۱/۱±۶۰/۲۹۱۱	>۰/۷ P	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p>۰/۳۹۲	p<۰/۰۰۲*	p<۰/۰۰۲*	-	-

* p <

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۴). اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر اضطراب مرگ (۰/۶۴) نشان می‌دهد 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 می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر ناامیدی (۰/۴۸) نشان می‌دهد که ۴۸٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

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 نزدیک‌شدن 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، به‌دلیل در دسترس‌نبودن اثربخشی این درمان بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به ام اس، مقدور نبود؛ ولی می‌توان گفت که

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های مطالعات زیر همسو می‌باشد. همچنین، لازم به‌ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به‌دست نیامده تا دلیل ناهمسویی 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 به‌نوعی 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 (هِیس 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 (هِیس و همکاران، ۲۰۱۲). بیرون‌راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به‌جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس در افراد می‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (هِیس و لیلیس، ۲۰۱۶). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شود. این درمان به‌جای تغییردادن افکار و احساسات فرد به‌دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این‌منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به‌منظور 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 (هِیس 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 به‌دلیل خودگزارشی‌بودن 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

نتیجه‌گیری

با توجه به‌نتایج پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با کاربرد فنون و روش‌های خاص خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی زنان مبتلا به ام اس شده است. با توجه به‌نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی، لزوم توجه به‌سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود در انجمن‌های ام اس، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، علاوه بر مداخلات پزشکی، از این درمان‌ها به‌صورت فردی و گروهی در زمینه کاهش اضطراب مرگ و ناامیدی مبتلا به ام اس استفاده شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

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 ام اس. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۶): ۱۶۲-۱۴۹.

مردانی ولندانی، مریم و غفاری، زینب. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس شهرکرد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۳(۵): ۵۶-۴۷.

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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۳، شماره ۱۷، تابستان سال ۱۴۰۱

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

Faezeh Ebrahimi Sadr[1], 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-10-30]