

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in the Meaning in Life, Emotional Distress Tolerance and Pain Self-Efficacy in Patients with Multiple Sclerosis

Shareh, *H., Dalalmoqaddam., F. Haghi, E.

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis is an inflammatory disease that is associated with several physical and psychological complications. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in the meaning of life, emotional distress tolerance and pain self-efficacy among patients with multiple sclerosis.

Method: The present research was carried out using a pretest-posttest control group design. Out of Multiple Sclerosis Association members in Quchan County in 2019, 20 subjects were chosen through available sampling method and were randomly assigned into two experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment group therapy whereas the control group attended the regular meetings held by the MS Society. Meaning in Life Questionnaire (MLQ), Distress Tolerance Scale and Pain Self-Efficacy Questionnaire were applied in the pretest and posttest. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results demonstrated that the experimental group subjects compared to the control group participants significantly improved in the variables of the meaning in life and its components (Meaning in life and Search for Meaning in life), emotional distress tolerance (tolerance, absorb, appraisal & regulation) and its subscales and pain self-efficacy ($P < 0/05$).

Conclusion: Acceptance and commitment therapy results in a significant improvement in the meaning in life, emotional distress tolerance and pain self-efficacy in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, meaning in life, distress tolerance, self-efficacy, multiple sclerosis.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

حسین شاره^۱، فائزه دلال مقدم^۲، الهام حقی^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری التهابی است که عوارض جسمانی و روانشناختی متعددی را به همراه دارد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر با استفاده از طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. از بین اعضای انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهرستان قوچان در سال ۱۳۹۷، ۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل روند عادی جلسه‌های انجمن MS را می‌گذراندند. پرسشنامه‌های معنای زندگی، تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای معنای زندگی و مؤلفه‌های آن (وجود معنای زندگی و جست‌وجوی معنای زندگی)، تحمل پریشانی هیجانی و خرده‌مقیاس‌هایش (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) و خودکارآمدی درد ($P < 0/05$) بهبود معنادار داشتند.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنای زندگی و افزایش سطح تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنای زندگی، تحمل پریشانی، خودکارآمدی، مولتیپل اسکلروزیس.

h.shareh@hsu.ac.ir

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه علوم تربیتی دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی (نیشابور)،

خراسان رضوی، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

های مزمن از جمله ام. اس است (۹) و افزایش خودکارآمدی می‌تواند با کاهش درد، درماندگی هیجانی و ناتوانی مرتبط باشد (۱۰).

تحمل پریشانی^۲، توانایی فرد برای تجربه و تحمل وضعیت عاطفی منفی است که بر ارزیابی و قضاوت فرد تأثیر می‌گذارد (۱۱) و به عنوان یک عامل مهم در شروع و تداوم آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان بیماران مشخص شده است (۱۲). افراد با تحمل پریشانی هیجانی پایین، تجربه آشفتگی هیجانی را غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند، برای تسکین حالت هیجانی منفی تلاش می‌کنند و قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند. بنابراین کاهش سطح تحمل پریشانی هیجانی ممکن است با پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به تنش، شامل فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن همراه باشد. بین تحمل پریشانی و سلامت روانی بیماران رابطه مستقیم وجود دارد (۱۳). در بیماران مبتلا به ام. اس سطوح بالاتری از پریشانی هیجانی، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی پایین مشاهده می‌گردد (۱۴، ۱۵). در واقع می‌توان گفت فعالیت بر پایه تحمل پریشانی، پیش‌بین افکار خودمراقبتی بیماران است و هرچه فرد بیشتر تحمل پریشانی را در باب هیجان‌ات خود مورد استفاده قرار دهد، سطح سلامت و فائق آمدن بر مشکلات بیماری در او افزایش می‌یابد (۱۶).

مفهوم معنای زندگی ارتباط تنگاتنگی با سلامت و رفاه روانشناختی افراد دارد. معنادار بودن زندگی سبب پایین آمدن سطح عواطف منفی مانند اضطراب و افسردگی می‌شود و در نهایت سبب کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی می‌گردد (۱۷). یکی از معروف‌ترین تعاریف معنای زندگی، توسط فرانکل در سال ۱۹۸۴ ارائه شده است. وی معتقد است هنگامی که انسان به فعالیت‌های مورد علاقه‌اش می‌پردازد، با دیگران ملاقات می‌کند و یا به دامان طبیعت پناه می‌برد، وجود معنا را در خود احساس می‌کند (۱۸).

در نظر گرفتن مؤلفه‌های روانشناختی بیماری و مداخله در این زمینه می‌تواند نقش اساسی در سازگاری فرد با شرایط جسمی‌اش داشته باشد. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند موجب کاهش عواطف منفی و افزایش متغیرهای

مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس)^۱ یک بیماری التهابی سیستم عصبی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. این بیماری در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند اختلال ایجاد می‌کند. این بیماری بیشتر در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تشخیص داده می‌شود (۱) افسردگی در طول عمر در مطالعات مختلف بین ۱۹ تا ۵۴ درصد در بیماران مبتلا گزارش شده است (۲، ۳) و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر خودکارآمدی این بیماران تأثیرگذار است (۴).

هر چند مرگ و میر ناشی از بیماری با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای رو به کاهش است، اما جنبه‌های روانشناختی این بیماران، کمتر در نظر گرفته شده است. به همین منظور گاه لازم است به آنها کمک شود تا بپذیرند که توانایی تغییر دادن افق دید خود را دارند و باید بپذیرند که برخی از حوادث زندگی تحت اختیار آنها نیست و اینجاست که باید سازگاری با روش جدید زندگی را بیاموزند. تحقیقات نشان داده است نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آنها می‌تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرش‌ها و باورهای فرد در برابر پیشامدهای استرس‌زای زندگی برخوردار است (۵). شواهد زیادی نشان می‌دهد که درد به عنوان یک مشکل شایع در این بیماران شناخته شده است به طوری که ۴۳ تا ۸۰ درصد این بیماران، درد را گزارش نموده‌اند. درد می‌تواند تضعیف‌کننده‌ترین نشانه باشد و عملکرد را تحت تأثیر قرار دهد. خودکارآمدی از جمله عوامل روانشناختی مرتبط با درد است که می‌تواند ظرفیت فرد را برای مقابله با درد افزایش دهد (۶، ۷). بیمارانی که به توانایی‌های خود اطمینان دارند و خودکارآمدی بالایی دارند به طور فعالانه در برنامه‌های درمانی شرکت می‌کنند و معتقدند که قادرند به طور مؤثری از عهده کنترل اعمال خود برای رسیدن به اهداف مورد نظر برآیند (۸). خودکارآمدی درد می‌تواند عملکرد و مقابله در بیماران مبتلا به درد مزمن را به طور مؤثری بهبود ببخشد و در خودمراقبتی بیماران نقش دارد. بنابراین، خودکارآمدی عاملی مهم برای مقابله با بسیاری از بیماری

2. distress tolerance

1. Multiple Sclerosis (MS)

طرح پژوهش: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه گروه کنترل بود که با کد اخلاق IR.HSU.REC.1397.019 در کمیته اخلاق دانشگاه حکیم سبزواری مورد تأیید قرار گرفته است و در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20180218038786N1 به ثبت رسیده است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش شامل تمام افراد عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس شهرستان قوچان شامل ۸۰ نفر بود که توسط متخصص مغز و اعصاب مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تشخیص داده شده‌اند. پس از هماهنگی با مسئولان انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهرستان قوچان فراخوانی مبنی بر ثبت نام علاقه‌مندان برای شرکت در طرح پژوهشی ارائه گردید. بعد از گذشت یک هفته، ۲۷ نفر از اعضا علاقه‌مندی‌شان را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. سپس ۲۳ نفر از اعضا که ملاک ورود به پژوهش را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش کاملاً تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۱ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ۲ نفر از اعضای گروه آزمایش (۱ نفر به علت تصادف و ۱ نفر به علت غیبت ۳ جلسه‌ای) و ۱ نفر از گروه کنترل (به علت شرکت نکردن در پس‌آزمون) از پژوهش کنار گذاشته شدند. در نهایت هر دو گروه شامل ۱۰ نفر شد. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۳۶/۳ و ۱۲/۲ و در گروه کنترل ۳۶/۵ و ۱۱/۷۶ بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه سنی ۱۸-۵۵ سال و رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. وجود علایم شدید ام. اس به نحوی که امکان حضور فرد در جلسات وجود نداشته باشد، ابتلا به دیگر بیماری‌های عصب شناختی و خیم، وجود نشانه‌های روان گسستگی، وجود افکار جدی خودکشی و عدم تمایل به ادامه درمان منجر به خروج آزمودنی از پژوهش می‌شد. در ابتدای طرح، در یک جلسه مقدماتی اهداف طرح و همچنین محرمانه بودن اطلاعات شخصی و امکان خروج از پژوهش در هر زمان که بخواهند، به بیماران ارائه گردید و از بیماران رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، در حالی که گروه

خودمراقبتی شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۹). تاکنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای درمان مشکلات روانشناختی و جسمانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گرفته است، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها می‌تواند بسیار مثر باشد. این درمان جزء درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی می‌باشد که سعی می‌کند ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش دهد (۱۹). مداخلات این درمان می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی و سلامت جسمی شود و اضطراب و افسردگی را در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف از جمله مولتیپل اسکلروزیس کاهش دهد. این درمان شامل مداخلات ذهن‌آگاهی نیز می‌شود که می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس گردد (۲۰، ۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس چیرگی و امید به زندگی بیماران مؤثر است و منجر به تغییرات مثبت در مراجعان (مثل تجربه اجتناب و افزایش پذیرش) می‌شود (۲۲). این درمان در دهه ۸۰ میلادی توسط هیز، ویلسون و کرکندوین شد که دارای ۶ فرآیند است شامل: پذیرش^۱، ارزش‌ها^۲، عمل متعهدانه^۳، ارتباط با زمان حال^۴، گسلش شناختی^۵ و خود به‌عنوان زمینه^۶ (۲۳). بنابراین، با توجه به درد و پریشانی زیادی که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تجربه می‌کنند و نظر به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً می‌تواند منجر به بهبود خودکارآمدی در درد، افزایش سطح تحمل پریشانی هیجانی و معنای زندگی و در نتیجه سازگاری بهتر و تجربه کمتر علایم گردد پژوهش در این زمینه لازم و ضروری به نظر می‌رسد. به این منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش

1. acceptance
2. values
3. commitment action
4. being in the present moment
5. diffusion
6. self as acontext

کنترل روند عادی جلسه‌های انجمن MS را می‌گذراندند و در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار داشتند. در این پژوهش از مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز، پیسترلو و لوین (۲۴) و هیز و همکاران (۲۳) ارائه شده است، به صورت درمان گروهی استفاده شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. از روش تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS-24 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان (۱۸-۱۹) (هیز و همکاران، ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳)

جلسه اول	آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق، جمع‌بندی و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آنها، توضیح مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار و مقاومت، بحث در مورد سپس مشکلات مربوط به بیماری MS و چالش‌های پذیرش بیماری، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل ساز زبان و استعاره‌ها، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود (در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خودآگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند)، جمع‌بندی و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با تأکید بر زمان حال، جمع‌بندی، بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها، کار بر روی اهداف مرتبط با ارزش‌ها و برنامه‌ریزی در جهت انجام کارها و رفتارهایی برای تحقق اهداف، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، بحث در مورد احتمال عود و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات با همراهی مراجع، در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده است، و در نهایت تشکر از بیماران برای شرکت در گروه و اجرای پس‌آزمون.

ابزار

نظر گرفته شد. برای هر ماده ۷ پاسخ در مقیاس لیکرت (۱ = کاملاً نادرست تا ۷ = کاملاً درست) و نمره کل آزمون بین ۱۰ تا ۷۰ در نظر گرفته شد. طبق بررسی‌ها بین دو عامل وجود و جست‌وجوی معنا در زندگی همبستگی منفی اندکی ($r = -0.19$) وجود داشت. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نشان داد تمام بارهای عاملی هر دو عامل به طور معناداری بالای ۰/۵ بودند. همچنین ضریب روایی تشخیصی ۰/۸۹ گزارش شد (۲۶). همسانی درونی مطلوبی برای مقیاس‌های وجود ۰/۸۶ و جستجو ۰/۸۷ گزارش شده است. پایایی زیر مقیاس‌های وجود معنا و جست‌وجوی معنا به ترتیب ۰/۷ و ۰/۷۳ بود (۱۷). پایایی آزمون و باز آزمون این مقیاس در ایران با دو هفته فاصله برای زیر مقیاس وجود معنا ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس جستجوی معنا ۰/۷۴ به دست آمد. آلفای

۱. پرسشنامه معنا در زندگی^۱: برای اندازه‌گیری معنا در زندگی از پرسشنامه معنا در زندگی که توسط استیگر و فرازر با هدف سنجش وجود معنا و جست‌وجوی معنا در زندگی، در سال ۲۰۰۶ تهیه شده است (۲۵)، استفاده شد. این محققان برای ساخت این پرسشنامه ابتدا ۴۴ آیتم تهیه کردند و سپس در یک تحلیل عاملی اکتشافی به دو عامل وجود معنا در زندگی^۲ و جست‌وجوی معنا در زندگی^۳ با مجموع ۱۷ آیتم دست یافتند و سپس در یک تحلیل عاملی با حذف ۷ گویه به ساختار مناسب دو عاملی با ۱۰ گویه رسیدند. در این تحلیل برای هر کدام از مقیاس‌ها ۵ آیتم در

1. Meaning in Life Questionnaire
2. meaning in life
3. search for meaning in life

عمومی ($t=0/42$) بررسی و تأیید شد (۲۹). ضرایب پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ $0/81$ گزارش شده است (۳۰). اصغری مقدم و جولائی‌ها ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله ۹ روز $0/88$ گزارش کرده‌اند (۳۱).

روند اجرای پژوهش: پس از هماهنگی با مسئولان انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهرستان قوچان و همچنین در نظر گرفتن اصول اخلاق پژوهشی، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، بعد از فراخوان شرکت در طرح پژوهشی، از بین ۲۷ نفر که اعلام آمادگی نمودند با توجه به معیارهای ورود و خروج به پژوهش ۲۰ نفر انتخاب و به روش کاملاً تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آنها درخواست شد تا در فرآیند مداخلات شرکت نمایند. قبل از شروع درمان، افراد هر دو گروه به پرسشنامه‌های معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد پاسخ دادند و سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مدت ۲ ماه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند، در پایان دوره درمان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

برای بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری شامل بهنجار بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس‌ها و همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس بررسی شدند. آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نشان داد که توزیع همه متغیرها در هر دو گروه نرمال است ($Z=0/2$ ، $P=0/92$ و $Z=0/17$ ، $P=0/92$ برای معنای زندگی به ترتیب در گروه کنترل و آزمایش؛ $Z=0/2$ ، $P=0/91$ و $Z=0/12$ ، $P=0/89$ برای تحمل پریشانی به ترتیب در گروه کنترل و آزمایش و $Z=0/09$ ، $P=0/91$ ، $Z=0/12$ ، $P=0/89$ برای خودکارآمدی درد به ترتیب در گروه کنترل و آزمایش). آزمون لون نشان‌دهنده‌ی همسانی واریانس‌ها

کرونباخ برای زیر مقیاس جستجوی معنا $0/75$ و برای زیر مقیاس داشتن معنا $0/78$ محاسبه شد.

۲. پرسشنامه تحمل پریشانی^۱: این پرسشنامه یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شده و دارای ۱۵ ماده و ۴ خرده مقیاس تحمل^۲، جذب^۳، ارزیابی^۴ و تنظیم^۵ است (۱۳). گویه‌های این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آزمودنی ۱۵ و حداکثر ۷۵ می‌باشد. نمره بالاتر در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی بالاتر است. این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی $0/61$ برای آن گزارش شده است. ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های تحمل $0/72$ ، جذب $0/82$ ، ارزیابی $0/78$ و تنظیم $0/7$ و برای کل مقیاس $0/82$ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه $0/61$ بود (۱۳). در پژوهش شمس، عزیزی و میرزایی، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه $0/67$ و پایایی بازآزمایی آن $0/79$ گزارش شد (۲۷).

۳. پرسشنامه خودکارآمدی درد؟ این پرسشنامه ۱۰ سؤالی، براساس نظریه بندورا در مورد خودکارآمدی و به منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی خود در انجام فعالیت‌های گوناگون علیرغم وجود درد، توسط نیکولاس در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است و هدف آن سنجش کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد است (۲۸). گویه‌های این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۰ = اصلاً مطمئن نیستم تا ۶ = کاملاً مطمئن هستم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل پرسشنامه از ۰ تا ۶۰ می‌باشد که نمره بالا بیانگر باور قدرتمند در انجام فعالیت‌های روزمره علیرغم وجود درد است و نمره پایین نشانه خودکارآمدی کم فرد می‌باشد. نیکولاس، روایی این پرسشنامه را مناسب گزارش کرده، همچنین روایی همزمان این پرسشنامه در پژوهش مسگریان، اصغری مقدم و شعیری از طریق محاسبه همبستگی بین خودکارآمدی با سلامت روانشناختی و

1. Distress Tolerance Scale
2. tolerance
3. absorb
4. appraisal
5. regulation
6. Pain Self Efficacy Questionnaire

حداقل بین یک متغیر وابسته (معنای زندگی، تحمل پریشانی و خودکارآمدی درد) در گروه‌های آزمایش و کنترل می‌باشد. در جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مشخص شدن تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از متغیرهای معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد ارائه شده است.

در مورد معنای زندگی ($F=0/12$ و $P=0/91$)، تحمل پریشانی ($F=2/78$ و $P=0/11$) و خودکارآمدی درد ($F=0/10$ و $P=0/75$) بود. نتایج آزمون ام.باکس نیز نشان‌دهنده همسانی کواریانس‌ها بود ($F=0/49$ و $P=0/81$). نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (آماره لامبدای ویلکز = $0/42$ و $P=0/003$)، نشان دهنده تفاوت

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های نمونه بر حسب متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وجود معنای زندگی	کنترل	۱۷/۷۰	۵/۶۱	۱۸/۲۰	۵/۲۰
	آزمایش	۱۷/۳۰	۵/۴۳	۲۴/۶۰	۶/۰۰۳
جست و جوی معنای زندگی	کنترل	۱۷/۹۰	۵/۰۸	۱۸/۵۰	۵/۲۱
	آزمایش	۱۷/۹۰	۴/۵۳	۲۶/۱۰	۳/۹۸
معنای زندگی (نمره کل)	کنترل	۳۵/۶۰	۱۰/۴۶	۳۶/۱۰	۹/۶۰
	آزمایش	۳۵/۲۰	۹/۸۱	۵۰/۷۰	۹/۵۶
تحمل	کنترل	۸/۵۰	۲/۷۵	۹/۱۰	۲/۲۸
	آزمایش	۸/۷۰	۲/۵۸	۱۱/۶۰	۱/۷۷
جذب	کنترل	۷/۵۰	۱/۹۵	۸/۲۰	۲/۲۵
	آزمایش	۷/۰۰	۱/۶۹	۱۰/۴۰	۱/۵۷
ارزیابی	کنترل	۱۰/۹۰	۲/۳۷	۱۰/۰۰	۲/۴۴
	آزمایش	۱۱/۲۰	۲/۶۱	۱۴/۹۰	۲/۰۲
تنظیم	کنترل	۹/۵۰	۱/۹۰	۱۰/۲۰	۱/۹۸
	آزمایش	۹/۶۰	۱/۷۷	۱۲/۶۰	۱/۳۴
تحمل پریشانی (نمره کل)	کنترل	۳۶/۴۰	۶/۱۸	۳۷/۵۰	۶/۶۳
	آزمایش	۳۶/۵۰	۶/۴۸	۴۹/۵۰	۴/۰۳
خودکارآمدی درد	کنترل	۲۴/۱۰	۱۱/۰۵	۲۴/۷۰	۹/۹۵
	آزمایش	۲۴/۵۰	۱۰/۰۲	۳۵/۱۰	۹/۴۲

جدول ۳) تحلیل کواریانس تک متغیره برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مورد معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	میزان تأثیر
اثر اصلی پیش‌آزمون	۳۷۶۷۱/۲۰	۱	۳۷۶۷۱/۲۰	۴۰۹/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵
	۳۷۸۴۵/۰۰	۱	۳۷۸۴۵/۰۰	۱۲۵۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
	۱۷۸۸۰/۲۰	۱	۱۷۸۸۰/۲۰	۱۹۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر اصلی درمان	۱۰۶۵/۸۰	۱	۱۰۶۵/۸۰	۱۱/۵۹	۰/۰۰۳	۰/۳۹
	۷۲۰/۰۰	۱	۷۲۰/۰۰	۲۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷
	۵۴۰/۸۰	۱	۵۴۰/۸۰	۵/۷۵	۰/۰۲۷	۰/۲۴
خطا	۱۶۵۵/۰۰	۱۸	۹۱/۹۴	-	-	-
	۵۴۳/۰۰	۱۸	۳۰/۱۶	-	-	-
	۱۶۹۱/۰۰	۱۸	۹۳/۹۴	-	-	-
کل	۴۰۳۹۲/۰۰	۲۰	-	-	-	-
	۳۹۱۰۸/۰۰	۲۰	-	-	-	-
	۲۰۱۱۲/۰۰	۲۰	-	-	-	-

** $P < 0/05$, $n = 20$

مؤلفه‌های مورد بررسی در معنای زندگی (از ۳۵/۲۰ به ۵۰/۷۰) و تحمل پریشانی هیجانی (از ۳۶/۵۰ به ۴۹/۵۰) و خودکارآمدی درد (از ۲۴/۵۰ به ۳۵/۱۰) ارتقا یافته است. در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مشخص شدن تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مؤلفه‌های معنای زندگی آورده شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنای زندگی ($F=11/59, P=0/03$)، اندازه اثر ۰/۳۹)، تحمل پریشانی هیجانی ($F=23/86, P=0/01$)، اندازه اثر ۰/۵۷) و خودکارآمدی درد ($F=5/75, P=0/27$)، اندازه اثر ۰/۲۴) شده است. با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین گروه آزمایش بعد از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در

جدول ۴) تحلیل کواریانس تک متغیره برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های معنای زندگی (وجود زندگی و جستجوی زندگی)

میزان تأثیر	P	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	
۰/۹۴	۰/۰۰۱	۲۹۰/۲۵	۹۱۵۹/۲۰	۱	۹۱۵۹/۲۰	وجود معنای زندگی	اثر اصلی پیش‌آزمون
۰/۹۶	۰/۰۰۱	۴۶۲/۱۱	۹۹۴۵/۸۰	۱	۹۹۴۵/۸۰	جستجوی معنای زندگی	
۰/۲۶	۰/۰۲	۶/۴۹	۲۰۴/۸۰	۱	۲۰۴/۸۰	وجود معنای زندگی	اثر اصلی درمان
۰/۴۲	۰/۰۲	۱۳/۴۱	۲۸۸/۸۰	۱	۲۸۸/۸۰	جستجوی معنای زندگی	
-	-	-	۳۱/۵۵	۱۸	۵۶۸/۰۰	وجود معنای زندگی	خطا
-	-	-	۲۱/۵۲	۱۸	۳۸۷/۴۰	جستجوی معنای زندگی	
-	-	-	-	۲۰	۹۹۳۲/۰۰	وجود معنای زندگی	کل
-	-	-	-	۲۰	۱۰۶۲۲/۰۰	جستجوی معنای زندگی	

۵۰/۷۰ ارتقا یافته است. در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای مشخص شدن تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از مؤلفه‌های تحمل پریشانی آورده شده است.

جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود مؤلفه‌های معنای زندگی ($F=6/49, P=0/02$)، اندازه اثر ۰/۲۶) و جستجوی زندگی ($F=13/41, P=0/02$)، اندازه اثر ۰/۴۲) شده است. همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش در معنای زندگی از ۳۵/۲۰ به

جدول ۵) تحلیل کواریانس تک متغیره برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم)

میزان تأثیر	P	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	
۰/۹۶	۰/۰۰۱	۵۱۲/۱۳	۲۱۴۲/۴۵	۱	۲۱۴۲/۴۵	تحمل	اثر اصلی پیش‌آزمون
۰/۹۶	۰/۰۰۱	۴۵۷/۸۸	۱۷۲۹/۸۰	۱	۱۷۲۹/۸۰	جذب	
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۶۱۳/۸۷	۳۱۰۰/۰۵	۱	۳۱۰۰/۰۵	ارزیابی	
۰/۹۸	۰/۰۰۱	۸۹۹/۷۲	۲۵۹۹/۲۰	۱	۲۵۹۹/۲۰	تنظیم	
۰/۲۹	۰/۰۱۴	۷/۴۷	۳۱/۲۵	۱	۳۱/۲۵	تحمل	اثر اصلی درمان
۰/۲۶	۰/۰۲۱	۶/۴۰	۲۴/۲۰	۱	۲۴/۲۰	جذب	
۰/۵۶	۰/۰۰۱	۲۳/۷۷	۱۲۰/۰۵	۱	۱۲۰/۰۵	ارزیابی	
۰/۳۵	۰/۰۰۵	۹/۹۶	۲۸/۸۰	۱	۲۸/۸۰	تنظیم	
-	-	-	۴/۱۸	۱۸	۷۵/۳۰	تحمل	خطا
-	-	-	۳/۷۷	۱۸	۶۸/۰۰	جذب	
-	-	-	۵/۰۵	۱۸	۹۰/۹۰	ارزیابی	
-	-	-	۲/۸۸	۱۸	۵۲/۰۰	تنظیم	
-	-	-	-	۲۰	۲۲۴۹/۰۰	تحمل	کل
-	-	-	-	۲۰	۱۸۲۲/۰۰	جذب	
-	-	-	-	۲۰	۳۳۱۱/۰۰	ارزیابی	
-	-	-	-	۲۰	۲۶۸۰/۰۰	تنظیم	

آن همخوان است. آموزش اصولی مهارت‌های مبتنی بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود تا بیماران این مهارت‌ها را به گنجینه رفتاری خود اضافه نموده و در موقعیت‌های کسالت‌زا از شیوه‌های سازنده‌تری استفاده کنند. یادگیری مهارت‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش عادات مثبت و خوشایند و در نتیجه احساس نشاط و افزایش ظرفیت جهت انجام فعالیت‌های فکری و فیزیکی و کاهش عادت‌های منفی و در نتیجه کاهش کسالت، خستگی، بی‌میلی و بی‌معنا بودن زندگی می‌شود. افزایش معنای زندگی و تحمل درد به نوبه خود باعث ایجاد احساس مثبت و رفع نسبی نیازهای عاطفی بیماران می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر افزایش خودکارآمدی درد، باعث کاهش پریشانی هیجانی در بیماران می‌شود که خود این عامل میزان امید را در این افراد افزایش می‌دهد (۴۰، ۴۱).

در فرآیند درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌شود (۴۲). شخصی که انعطاف‌پذیری روانشناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌نماید و سعی در کنترل و تغییر آنها ندارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، صرف ارزش‌ها و معنای زندگی می‌کند (۴۲). فرآیند درمان پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری نمایند و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه‌هایی نظیر رفتار آشکار که قابل تغییر می‌باشد، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد (۴۳). ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌نماید تا راهبردهای مقابله سازگارانه‌تر و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند (۴۴).

به باور هیز و همکاران (۴۳) درمان پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌نماید که رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. پذیرش افکار به عنوان افکار، احساسات به عنوان احساسات و هیجانات - همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر - منجر به

جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود مؤلفه‌های تحمل ($F=7/47$ ، $P=0/014$)، اندازه اثر ۰/۲۹)، جذب ($F=6/40$ ، $P=0/021$)، اندازه اثر ۰/۲۶)، ارزیابی ($F=23/77$ ، $P=0/01$)، اندازه اثر ۰/۵۶) و تنظیم ($F=9/96$ ، $P=0/05$)، اندازه اثر ۰/۳۵) شده است و با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین گروه آزمایش در تحمل پریشانی هیجانی از ۳۶/۵۰ به ۴۹/۵۰ ارتقا یافته است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که گروه آزمایشی پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش معنی‌داری در نمره پرسشنامه‌های معنای زندگی، تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد داشتند، که با نتایج پژوهش‌های یزدبخش، کبودی، روغن چی، دهقان و نوری‌پور (۳۲)، فینی و همکاران (۳۳)، شپارد و فورسیت (۳۴) همسو است. در این پژوهش اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به افزایش پذیرش بیماری و تحمل پریشانی شد همانطور که گیلاندرس و گیلاندرس نیز در یک پژوهش موردی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش بیماری و تحمل پریشانی و بهبود اضطراب و افسردگی می‌شود (۳۵). شیدایی اقدم و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد این بیماران می‌شود (۳۶). نتایج پژوهش حاضر همچنین با نتایج پژوهش سیف‌الهی و همکارانش همخوان است که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود (۳۷). همچنین، پژوهش نوردین و روزمن، بر روی ۲۱ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزیس نشان داد که این درمان موجب کاهش اضطراب و افسردگی این بیماران و در نتیجه افزایش تحمل پریشانی و خودکارآمدی‌شان می‌شود (۳۸). پورفرج نیز در پژوهش خود نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، سلامت روانی و ادراک موضوع بیماری مؤثر بوده است (۳۹) که یافته‌های پژوهش حاضر با

ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها پردازند. در این درمان بیماران یاد می‌گیرند که هیجانات را بپذیرند تا بتوانند از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایندهای تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (۴۲).

استفاده از فنون گسلش و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از درد، کمتر احساس رنج کنند و پریشانی هیجانی کمتری را تجربه نمایند. باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تمرکز بر افکار و عواطف منفی به شکلی مستقیم نیست، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، پریشانی هیجانی، سیری نزولی داشته و به تبع آن خودکارآمدی درد نیز کاهش می‌یابد. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها برای مراجع است؛ چنانکه به جای ارزش‌های تعریف شده در فرآیند شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، ارزش‌های جدیدی تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد، در فرآیند شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس سبب افزایش میزان معنای زندگی و در نتیجه تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد آنان می‌شود؛ نتیجه این امر، نزول فراوانی رفتار و اعمال پریشانی‌زا است. انعطاف‌پذیری شناختی نیز به این بیماران می‌آموزد که وجود افکار استرس‌زا و درد آور، مسئله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسئله اصلی، اقدام جهت پاسخ دادن به این افکار به صورت افزایش پریشانی هیجانی است. لذا با ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی، آنها جهت کسب معنای زندگی گسترده‌تر آموزش می‌بینند (۴۶).

می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر، بدون تمرکز بر علائم اصلی پریشانی هیجانی و درد و عدم تلاش در جهت سرکوب این افکار، توانست به افزایش معنای زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس یاری رساند. از طرفی در رویکرد درمانی فوق، به جای اینکه فرد به دنبال چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد و اضطراب‌زا باشد، به طریقی با افکار ارتباط برقرار می‌کند. به عبارت دیگر، این روش با ممانعت از ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده باعث می‌شود فرد بتواند راهبردهای

تضعیف همجوشی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن، پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب نشانگان پریشانی هیجانی نیز بهبود می‌یابد. به عبارت دیگر، در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای و همجوشی شناختی رخ می‌دهد، فرآیندهای پذیرش و گسلش شناختی، در شکستن الگوهای اجتناب و قوانین تنظیم‌کننده آنها، به فرد کمک می‌نماید (۴۵).

در درمان به کار رفته در پژوهش حاضر، هدف از تأکید بسیار بر تمایل بیماران به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک شود تا افکار آزار دهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، پردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌کند. این درمان موجب افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، می‌شود (۱۹).

در این پژوهش تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش شدت افسردگی و اضطراب بیماران شد. در این درمان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیماران توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس آموزش داده شد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چگونه فرآیندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده‌هایی بایند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند،

3. Raskind MA. Diagnosis and treatment of depression comorbid with neurologic disorders. *The American journal of medicine*. 2008; 121(11): S28-S37.
4. Janardhan V, Bakshi R. Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression. *Journal of the neurological sciences*. 2002; 205(1): 51-8.
5. Baradaran M, Zare H, Alipuor A, 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. *Clinical Psychology*. 2016; 8(4): 95-105.
6. Solaro C, Brichetto G, Amato M, Cocco E, Colombo B, D'aleo G, et al. The prevalence of pain in multiple sclerosis: a multicenter cross-sectional study. *Neurology*. 2004; 63(5): 919-21.
7. Denison E, Åsénlöf P, Sandborgh M, Lindberg P. Musculoskeletal pain in primary health care: subgroups based on pain intensity, disability, self-efficacy, and fear-avoidance variables. *The Journal of Pain*. 2007; 8(1): 67-74.
8. Zeldin AL, Britner SL, Pajares F. A comparative study of the self-efficacy beliefs of successful men and women in mathematics, science, and technology careers. *Journal of Research in Science Teaching: The Official Journal of the National Association for Research in Science Teaching*. 2008; 45(9): 1036-58.
9. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*. 2014; 14(11): 2658-78.
10. Wells-Federman C, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Management Nursing*. 2002; 3(4): 131-40.
11. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*. 2010; 41(4): 567-74.
12. Potter CM, Vujanovic AA, Marshall-Berenz EC, Bernstein A, Bonn-Miller MO. Posttraumatic stress and marijuana use coping motives: The mediating role of distress tolerance. *Journal of anxiety disorders*. 2011; 25(3): 437-43.
13. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005; 29(2): 83-102.
14. Dennison L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 69(4): 353-61.

تفکر ناسازگار درباره نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد(۴۷).

وجود آگاهی از فرآیندهای شناختی و افکار اضطراب زا و هیجان‌زا سبب می‌شود که فرد قدرت کافی برای ناکارآمد دانستن آنها را به دست آورد(۴۸)؛ این فرآیند سبب می‌شود که دیگر بیمار از این افکار دچار اضطراب نشود. این نکته زمانی بیشتر مهم جلوه می‌کند که بدانیم افزایش پریشانی هیجانی و درد و کاهش تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد با بالا رفتن اضطراب ظهور می‌یابند. مسلماً وقتی با آگاهی از افکار، اضطراب کاهش یابد به همان نسبت نیز عواطف منفی کاهش و تحمل پریشانی هیجانی و خودکارآمدی درد افزایش می‌یابند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در قالب درمان‌های جامعه‌مدار با ایجاد سازگاری نسبی، می‌تواند با موفقیت در مراحل اولیه درمان به منظور پیشگیری از پریشانی هیجانی و درد و افزایش معنای زندگی و افزایش خودکارآمدی درد نیز به کار رود؛ همانطور که در روند اجراء درمان، با رضایت و پذیرش مراجعان از این درمان مواجه شدیم.

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. پیشنهاد می‌گردد محققان در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری را مد نظر قرار دهند و نتایج درمان را در یک دوره طولانی بررسی کنند تا از ثبات نتایج اطمینان حاصل شود. همچنین بهتر است که این روش درمانی با سایر روش‌های درمان روانشناختی بر روی این بیماران مقایسه شود تا اثربخشی و کارایی آن در مقایسه با دیگر رویکردها مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از مسئولین محترم انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهرستان قوچان و بیمارانی که پژوهشگر را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند قدردانی می‌شود.

منابع

1. Cohen JA, Rae-Grant, Alexander In: 2012, editor. *Handbook of multiple sclerosis*.
2. Marrie R, Horwitz R, Cutter G, Tyry T, Campagnolo D, Vollmer T. The burden of mental comorbidity in multiple sclerosis: frequent, underdiagnosed, and undertreated. *Multiple Sclerosis Journal*. 2009; 15(3): 385-92.

28. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *European journal of pain*. 2007; 11(2): 153-63.
29. Mesgarian F, ASGHARI MM, Shairi M. The role of self-efficacy in predicting catastrophic depression in patients with chronic pain. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*. 2013; 4(16): 73-82.
30. Nicholas M, editor *Self-efficacy and chronic pain*. St Andrews: Annual Conference of British Psychological Society, 1989; 1989.
31. Asghari Moghaddam MA JS. Investigating the role of anger and the perception of error in adaptation to chronic pain. *Journal of Psychology and Cognition*. 2008; 12(3): 314-31.
32. Yazdanbakhsh K, Kaboudi M, Roghanchi M, Dehghan F, Nooripour R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological adaptation in women with MS. *Journal of Fundamental and Applied Sciences*. 2016; 8: 2767-77.
33. Feeney J. *Physical Disability and Psychological Distress in Multiple Sclerosis: The Role of Illness Representations and Experiential Avoidance*: Cardiff University. 2012.
34. Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*. 2010; 12(4): 200-6.
35. Gillanders S, Gillanders D. An acceptance and commitment therapy intervention for a woman with secondary progressive multiple sclerosis and a history of childhood trauma. *Neuro-Disability and Psychotherapy*. 2014; 2(1-2): 19-40.
36. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi Joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 9(34): 57-66.
37. Seyfollahi M, Monfaredi A, Mohtashami J, Mohammadi H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing anxiety, depression and increasing the quality of life and self-efficacy in patients with multiple sclerosis (MS). *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2016; 18: 596-605.
38. Nordin L, Rorsman I. Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of rehabilitation medicine*. 2012; 44(1): 87-90.
39. Pourfaraj OM. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *KNOWLEDGE AND HEALTH*. 2011; 6(2): 1-5.
40. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for
15. Smith S, Young C. The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis. *Clinical rehabilitation*. 2000; 14(1): 50-4.
16. Rutherford HJ, Goldberg B, Luyten P, Bridgett DJ, Mayes LC. Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*. 2013; 36(4): 635-41.
17. Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of social and clinical psychology*. 2005; 24(3): 401-21.
18. Halama P, Dedova M. Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia psychologica*. 2007; 49(3): 191.
19. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004; 35(4): 639-65.
20. Pakenham KI, Scott T, Uccelli MM. Evaluation of Acceptance and Commitment Therapy Training for Psychologists Working with People with Multiple Sclerosis. *International journal of MS care*. 2018; 20(1): 44-8.
21. Bayati A, Abbasi P, Bashiri H, Dehghan F, Yazdanbakhsh K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-Being in Women with Ms. *Iioab Journal*. 2017; 8(1): 82-6.
22. Eifert GH, Heffner M. The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2003; 34(3-4): 293-312.
23. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7): 976-1002.
24. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, 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): 180-98.
25. 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.
26. Mesrabadi J, Jafariyan S, Ostovar N. Discriminative and construct validity of meaning in life questionnaire for Iranian students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7(1): 83-90.
27. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. *Hakim Research Journal*. 2010; 13(1): 11-8.

- the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *PAIN*. 2011; 152(3): 533-42.
41. Godfrey E, Holmes MG, Wileman V, McCracken L, Norton S, Moss-Morris R, et al. Physiotherapy informed by Acceptance and Commitment Therapy (PACT): protocol for a randomised controlled trial of PACT versus usual physiotherapy care for adults with chronic low back pain. *BMJ open*. 2016; 6(6): e011548.
42. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014; 3(3): 189-95.
43. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*. 2011; 7(1): 141-68.
44. Alonso-Fernández M, López-López A, Losada A, González JL, Wetherell JL. Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain medicine*. 2016; 17(2): 264-77.
45. Dewhurst E, Novakova B, Reuber M. A prospective service evaluation of acceptance and commitment therapy for patients with refractory epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2015; 46: 234-41.
46. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. 52009. p. 77-101.
47. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality*. 2009; 43(3): 374-85.
48. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009; 22(1): 55-60.