

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش نشانان حادثه پلاسکو

نجمه شجاعی زند^۱، دکتر منصوره شهیریاری احمدی^{۲*}، دکتر شیرین کوشکی^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران.

ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران. ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. تهران. ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر با تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی آتش نشانان حادثه پلاسکو انجام شد. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری کلیه آتش نشانان مراکز آتش نشانی های شهر تهران می باشد که در حادثه آتش سوزی ساختمان پلاسکو سال ۱۳۹۵ حضور داشتند، که از بین آنها ۳۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند در دسترس از طریق گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از اجرای پرسشنامه های اضطراب مرگ کالت لستر و پرسشنامه افکار خودکشی بک، شرکت کنندگان در گروه آزمایش در ۱۲ جلسه تحت درمان و آموزش قرار گرفتند و البته بر روی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای انجام نشد. در مرحله بعد، برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS با نسخه ۲۳ انجام شد، نتایج حاکی از این بود که بین گروه ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. و با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش نمرات اضطراب مرگ و افکار خودکشی شده است.

کلمات کلیدی: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، افکار خودکشی، آتش نشانان

* Email: mailto:najmehshojaeezand@gmail.com

یک آتش نشان باید از نظر جسمانی و روحی بسیار آماده و ماهر بوده و قدرت تصمیم گیری سریع برای انجام عملیات های مختلف اطفاء حریق و امداد و نجات داشته باشد مسائل و مشکلات زندگی بشر از طریق وابستگی به سازمان های کوچک و بزرگ موجود در جامعه برطرف می شود. جامعه به عنوان یک ابر سیستم خود را از زیر سیستم های بسیاری تشکیل یافته است که هر یک از این زیر سیستم ها در جای خود اهمیت دارند، اما در این بین به دلیل حساسیت و اهمیت نقش آتش نشانی و به دلیل عوامل فشارزا همچنین نبود امکانات رفاهی رضایت بخش، کافی نبودن حقوق مزایا، سبب تحلیل رفتگی، بروز فشارهای روحی و روانی و در نهایت فرسودگی حاصل از شغل کارکنان آتش نشانی می شود [۱].

وقایع تروماتیک را به عنوان حادثه ای که فرد آن را تجربه یا شاهد آن بوده یا این که فرد در معرض واقعه ای قرار گرفته باشد که به طور جدی تهدید به مرگ یا جراحت شده باشد تعریف میکنند که منجر به اختلال استرس پس آسیمی می شود و پاسخ فرد به این گونه تهدیدها به صورت ترس، ناامیدی یا وحشت می باشد [۲]. آگاهی از نزدیک بودن به مرگ، تهدیدی برای فرد است و در نتیجه این افراد از طریق تحریف یا انکار از خود در باب این تهدید محافظت می کنند. این ترس نمی تواند اضطرابی روان نژدانه باشد، بلکه یک اضطراب واقعی می باشد [۳].

هراس از مرگ را احساس ناراحتی توام با ترس که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و همچنین همراه با در نظر گرفتن مرگ به عنوان پایان حیات و همچنین تجسم مراسم تدفین و جسد خود می باشد تعریف می کنند. این هراس نوعی ناراحتی و نا ایمی هیجانی است که به وسیله ی افرادی است که دچار سوگواری شده اند [۴]. افرادی که احساس می کنند که زندگی آنها پر از اشتباه بوده است و عمر خود را تلف کرده اند به صورت منفی بحران این مرحله را حل می کنند و احساس ناامیدی در آنها ایجاد می شود [۵]. تحقیقات نشان داده اند که این اضطراب با نگرانی، ناراحتی، حس عدم امنیت و تنش همراه است [۶-۷].

فروید، معتقد است که خودکشی راهی برای جبران افسردگی است. بسیاری از بیماران، خودکشی را وسیله ای برای جدال با افسردگی غیر قابل تحمل می دانند خودکشی ممکن است از ارزیابی شناختی شخص از موقعیت به عنوان ناامیدی و از مرگ به عنوان راهی برای خلاص شدن از مشکلات ناشی شود [۸]. مرگ و زندگی پدیده هایی به هم تنیده و به هم پیوسته در نظر گرفته می شوند که دو روی یک سکه هستند. بعضی از افراد مرگ را موضوعی ممنوعه می پندارند و از بحث و گفتگو درباره آن اجتناب می کنند. اگرچه دیر یا زود مرگ به سراغ آنها می آید، باز هم میلی به پرداختن به مرگ و مردن ندارند. با این حال اگر ترس در انسان واکنشی طبیعی در نظر گرفته شود. هیچ ترسی طبیعی تر از هراس انسان از مرگ نیست. از سوی دیگر، شاید بتوان مرگ را بزرگترین و مهمترین سرچشمه ترس های آدمی دانست [۹]. اضطراب مرگ عبارت است از احساس بدی که شخص از تجارب خویش درباره مرگ و مردن دارد [۱۰]. در تعاریفی که ترس و اضطراب مرگ مترادف هم به کار رفته است اضطراب مرگ این گونه بیان می شود: وحشت از مرگی که درناهیسیار وجود دارد، این وحشت در اوایل زندگی به زمانی قبل از شکل گیری جامع مفاهیم در ذهن، شکل می گیرد اضطراب مرگ به تنهایی بیماری به شمار نمی آید بلکه حالتی از اضطراب و افسردگی است که در آن نگرانی از مرگ و ترس از آن نشانگان مهم بیماری بشمار می آید فکر مرگ به طور کلی اضطراب آور است و به معنای از دست دادن و نابودی شخص است [۱۱]. اضطراب مرگ عموماً به عنوان احساس ناراحتی توام با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و با در نظر گرفتن مرگ به عنوان پایان حیات یا تجسم مراسم تدفین و جسد برانگیخته می شود و تعریف می شود [۱۲].

اضطراب مرگ احساسی است که مبنای برخی از ترس‌هایی است که بلافاصله بعد از تولد شروع می‌شود و تا آخر عمر جریان دارد و بر رشد شخصیت اثر می‌گذارد. این احساس بعد از درک فانی بودن دنیا، محدودیت عمر انسان و این که هر چیزی در واقع پوچ و بی‌معنایی است، پدیدار می‌شود [۱۳]. دویسنس با استفاده از تجزیه و تحلیل مولفه‌های اساسی، پنج منبع اضطراب مرگ را شناسایی کرد که ما را در شناخت بهتر جنبه‌های مختلف آن کمک می‌کند: ۱. ترس از مرگ شخصی ۲. نگرانی درباره درد و رنج مرگ ۳. نزدیکی ذهنی به مرگ ۴. ترس‌های مرتبط با مرگ ۵. افکار نگران کننده در رابطه با مرگ با توجه به تعریف و ابعاد و اهمیت وسیع اضطراب مرگ، می‌توان انتظار داشت که شاید این امر بر روی جنبه‌های مختلف زندگی آدمی تأثیر بسزایی داشته باشد اضطراب مرگ می‌تواند منجر به کاهش عملکرد بیماران شود [۱۴].

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهان خواهد بود. از سوی دیگر خطر خودکشی در چنین بیمارانی غالباً فزونی می‌یابد. یک هفتم بیمارانی که برای اختلال افسردگی اساسی بستری شده‌اند از طریق خودکشی جان خود را از دست داده‌اند [۱۵]. رویکردهای نظری به خودکشی، تعداد عواملی که باعث آسیب پذیری خودکشی می‌شود را روشن کرده‌اند اما ایده مورد نظر این است که درد روان شناختی غیر قابل تحمل، محرک رایج در رفتار خودکشی می‌باشد [۱۶]. درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب تکنیک‌های درمانی مختلف یا گسترش درمان‌های موجود، سلامت بیشتر درمان جویان را تامین نمایند. درمورد درمان‌های روان شناختی، می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌کاوی پس‌خوراند زیستی و تن‌آرامی، درمان شناختی رفتاری، خانواده درمانی، گروه درمانی و جدیدترین آنها یعنی پذیرش و تعهد اشاره کرد [۱۷].

از لحاظ تاریخی، در مکتب رفتارگرایی، درمان وابسته به پذیرش و تعهد عضوی از خانواده نسل سوم یا موج سوم درمان رفتاری به حساب می‌آید. رفتاردرمانی اولیه یا سنتی موج اول نامیده شده است. افزوده شدن شناخت درمانی به آن و به وجود آمدن روش‌های رفتاردرمانی شناختی (سی بی تی) موج دوم لقب گرفته است؛ و ورود مفهوم ذهن آگاهی (هوشیار بودن) و رویکرد بافت گرایانه به پدید آمدن موج سوم منجر شده است. هیز بنیان گذار اصلی درمان وابسته به پذیرش و تعهد، گفته است ورود ذهن آگاهی به جامعه رفتار درمانی یکی از جنبه‌های کاملاً آشکار درمان‌های شناختی و رفتاری موج سوم است [۱۸].

روش درمان وابسته به پذیرش و تعهد، به صورت سر واژه، در قالب یک واژه معنی دار (اکت)، یعنی عمل یا فعالیت، تلفظ می‌شود، نه به صورت حروف مجزای (ای. سی. تی). پدید آورندگان این روش درمانی، هیز، استروساهل (۲۰۱۲) بر استفاده از اکت اصرار می‌ورزند و می‌گویند: (اکت) باید به صورت یک کلمه به کار برود نه به صورت حروف مجزای (ای. سی. تی) چون ای. سی. تی شبیه به ای. سی. تی^۱ تلفظ می‌شود که مخفف (درمان با تشنج برقی) است که برای درمان وابسته به پذیرش و تعهد یک تداعی مناسب نیست. افزون بر آن اکت یادآور این نکته است که روش ما (درمان وابسته به پذیرش و تعهد) مشوق درگیری فعال در زندگی است [۱۹]. اکت به نوعی رفتار درمانی سنتی و نه یک درمان کلاسیک شناختی رفتاری است. این روش نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر فلسفه علم و یک نظریه پایه در خصوص کارکردهای زبان و شناخت است، این روش یک نظریه آسیب شناسی روانی و تغییر رفتار و مجموعه‌ای از فرآیندهای محوری است که در آن پروتکل‌های درمان را می‌توان توسعه داد [۲۰]. از دیدگاه اکت، رفتار خودکشی اساساً فقط یک شکل افراطی تر تجربی محسوب می‌شود. برای بسیاری از بیماران افسرده، صرف این تصور که آنها همیشه می‌توانند اقدام به خودکشی کنند خود یک راهبرد کنترل هیجانی است به طور معمول، برای بیمار رفتار خودکشی راهی برای خارج شدن از زیر فشار آن چیزی است که به عنوان درد عاطفی غیر قابل تحمل، غیرقابل اجتناب و بی پایان درک شده است [۲۰].

^۱ ECT

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر طرح شبه آزمایشی می باشد. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش آتش نشانان مراکز آتش نشانی های شهر تهران (ایستگاه های ۱،۴۰،۴۶،۱۳،۲۲) می باشد که در حادثه آتش سوزی ساختمان پلاسکو سال ۱۳۹۵ حضور داشتند. روش نمونه گیری پژوهش هدفمند و در دسترس بود. به منظور انتخاب حجم نمونه در این پژوهش ۴۰ نفر از مردان آتش نشان که در سانحه آتش سوزی ساختمان پلاسکو حضور داشتند، با توجه به مصاحبه ها و نمرات کسب شده ۱۵ نفر در گروه کنترل انتخاب شدند که در ادامه ۱۷ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایشی قرار گرفته و از هردو گروه پیش آزمون گرفته و گروه آزمایشی در ۱۲ جلسه درمان شرکت کردند، در این مرحله ۲ نفر از پژوهش انصراف دادند و همچنین ۱ نفر نیز موفق به حضور در جلسات نشد و از پژوهش حذف شدند و در نهایت از هر یک از گروه آزمایشی و کنترل از ۱۵ نفر پس آزمون گرفته شد.

در این پژوهش منظور از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۲ جلسه مشاوره است که به صورت دو جلسه در هفته و به صورت ۹۰ دقیقه مطابق با پروتکل طراحی شده در دانشگاه اسپالدینگ آمریکا انجام شده است.

یافته ها

در این پژوهش اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی آتش نشانان حادثه پلاسکو مورد بررسی قرار گرفت. ۱۵ نفر از شرکت کنندگان در گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی گروه درمان ۳۲/۶۶ (انحراف معیار ۵/۶۳)، و گروه کنترل ۳۳/۲۶ (انحراف معیار ۵/۰۰) بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب مرگ

مقیاس ها		گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ (نمره کل)	پیش آزمون	۱۲۰/۸۷	۱۳/۱۲	۱۲۱/۶۷	۱۰/۹۸۵
	پس آزمون	۱۱۰/۸۷	۱۲/۷۹۴	۱۱۸/۲۷	۱۰/۶۸
مرگ خود	پیش آزمون	۳۰/۷۳	۴/۲	۳۰/۴۷	۳/۴۶۱
	پس آزمون	۲۸/۵۳	۳/۹۴۴	۲۹/۵۳	۳/۴۲
مردن خود	پیش آزمون	۲۹/۶	۳/۷۵۷	۲۹/۹۳	۳/۵۵۵
	پس آزمون	۲۷/۰۷	۳/۶۹۳	۲۹	۳/۳۳۸
مرگ دیگران	پیش آزمون	۲۹/۲۷	۴/۳۳۴	۳۱	۳/۳۳۸
	پس آزمون	۲۶/۶۷	۴/۲۵۴	۳۰/۴۷	۳/۲۲۶

۳/۸۴۵	۳۰/۲۷	۴/۲۳۴	۳۱/۲۷	پیش آزمون	مردن دیگران
۳/۷۸۸	۲۹/۲۷	۴/۴۲۱	۲۸/۶	پس آزمون	

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. همانگونه که مشاهده می شود، در پیش آزمون، میانگین اضطراب مرگ گروه آزمایش ۱۲۰/۸۷ و گروه کنترل ۱۲۱/۶۷ به دست آمده است، در پس آزمون، میانگین گروه آزمایش ۱۱۰/۷۷ و گروه کنترل ۱۱۸/۲۷ محاسبه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد و افکار خودکشی

مقیاس ها				گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افکار خودکشی (نمره کل)	پیش آزمون	۱۹/۷۳	۶/۴۱۹	۲۰/۰۷	۴/۶۵۲		
	پس آزمون	۱۴/۰۷	۵/۲۷۱	۱۷/۸	۳/۹۸۶		
داشتن افکار خودکشی	پیش آزمون	۷/۶	۱/۳۵۲	۷/۹۳	۱/۲۸		
	پس آزمون	۵/۲	۱/۳۲	۶/۹۳	۱/۱۶۳		
آمادگی جهت خودکشی	پیش آزمون	۷/۴۷	۳/۵۶۳	۷/۹۳	۲/۸۶۵		
	پس آزمون	۵/۸	۲/۹۳۳	۷/۲۷	۲/۷۳۸		
قصد اقدام به خودکشی	پیش آزمون	۴/۶۷	۲/۵۵۴	۴/۲	۲/۱۷۸		
	پس آزمون	۳/۰۷	۲/۰۵۲	۳/۶	۱/۸۰۵		

در جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. همانگونه که مشاهده می شود، در پیش آزمون، میانگین افکار خودکشی گروه آزمایش ۱۹/۷۳ و گروه کنترل ۲۰/۰۷ به دست آمده است، در پس آزمون، میانگین گروه آزمایش ۱۴/۰۷ و گروه کنترل ۱۷/۸ محاسبه شده است. با توجه به اینکه تعداد نمونه های پژوهش حاضر کم است، از آماره شاپیروویلیک برای سنجش مفروضه بهنجار بودن (نرمال بودن) توزیع متغیرها استفاده می شود.

جدول ۳: آزمون شاپیروویلیک برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

گروه	
کنترل	گروه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد

معنادار	در	آماره	معناداری	درج	آماره	تعهد
ی	جه			ه آزادی		
	آزاد					
	ی					
۰/۴۰۳	۱۵	۰/۹۴۲	۰/۰۷۹	۱۵	۰/۸۹۵	اضطراب مرگ (نمره کل)
۰/۵۰۴	۱۵	۰/۹۴۹	۰/۶۰۳	۱۵	۰/۹۵۵	مرگ خود
۰/۹۷۱	۱۵	۰/۹۸	۰/۵۱۸	۱۵	۰/۹۵	مردن خود
۰/۸۰۲	۱۵	۰/۹۶۶	۰/۷۰۷	۱۵	۰/۹۶۱	مرگ دیگران
۰/۶۳۱	۱۵	۰/۹۵۶	۰/۵۵۶	۱۵	۰/۹۵۲	مردن دیگران
۰/۰۷۴	۱۵	۰/۸۹۳	۰/۰۵۷	۱۵	۰/۸۸۶	افکار خودکشی (نمره کل)
۰/۰۸۴	۱۵	۰/۸۹۷	۰/۶۹۲	۱۵	۰/۹۶	داشتن افکار خودکشی
۰/۰۷۳	۱۵	۰/۸۹۲	۰/۰۵۳	۱۵	۰/۸۸۳	آمادگی جهت خودکشی
۰/۹۷۱	۱۵	۰/۹۸	۰/۰۹	۱۵	۰/۸۹۸	قصد اقدام به خودکشی

در جدول (۳) نتایج آماره شاپیروویلیک به تفکیک گروه های مختلف، برای نمره های اضطراب مرگ و افکار خودکشی ارائه شده است. با توجه به نتایج معناداری نمره ها، می توان با اطمینان گفت توزیع نمره ها بهنجار بوده و می توان از آمار پارامتریک برای آزمون فرضیه ها استفاده کرد.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی داده ها

معناداری	درجه		F	متغیر
	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱		
۰/۱۳۰	۲۸	۱	۲/۴۲۷	اضطراب مرگ (نمره کل)
۰/۷۹۸	۲۸	۱	۰/۰۶۶	مرگ خود
۰/۰۹۸	۲۸	۱	۲/۹۳۲	مردن خود

۰/۶۰۹	۲۸	۱	۰/۲۶۸	مرگ دیگران
۰/۲۹۲	۲۸	۱	۱/۱۵۲	مردن دیگران
۰/۲۰۵	۲۸	۱	۱/۶۸۵	افکار خودکشی (نمره کل)
۰/۵۷۶	۲۸	۱	۰/۳۲۱	داشتن افکار خودکشی
۰/۱۹۵	۲۸	۱	۱/۷۶۲	آمدگی جهت خودکشی
۰/۱۹۹	۲۸	۱	۱/۷۳۳	قصد اقدام به خودکشی

نتایج جدول (۴) نشان می دهد هیچ کدام از متغیرها مقادیر معناداری ندارند بنابراین می توانیم واریانس ها را برابر فرض کنیم.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در مورد نمرات اضطراب مرگ

شاخص منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجات میانی مجزورات	F	سطح ضرایب معناداری	اتا
اثر همپراش	مرگ خود	۸۳/۰۷۱	۱	۲۱۷/۸۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۱
(پیش	مردن خود	۰/۵۲۲	۱	۱/۰۷۷	۰/۳۱	۰/۰۴۳
آزمون)	مرگ دیگران	۰/۰۹۱	۱	۰/۰۹۳	۰/۷۶۳	۰/۰۰۴
مرگ خود	مردن دیگران	۰/۰۱۲	۱	۰/۰۱۷	۰/۸۹۹	۰/۰۰۱
اثر همپراش	مرگ خود	۰/۱۱۲	۱	۰/۲۹۴	۰/۵۹۳	۰/۰۱۲
(پیش	مردن خود	۳۴/۵۲۳	۱	۷۱/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
آزمون)	مرگ دیگران	۰/۲۶۸	۱	۰/۲۷۵	۰/۶۰۵	۰/۰۱۱
مردن خود	مردن دیگران	۱/۹۲۴	۱	۲/۷۲۶	۰/۱۱۲	۰/۱۰۲
اثر همپراش	مرگ خود	۰/۲۰۷	۱	۰/۵۴۲	۰/۴۶۹	۰/۰۲۲
(پیش	مردن خود	۴/۳۲۷	۱	۸/۹۲۸	۰/۰۰۶	۰/۲۷۱
آزمون)	مرگ دیگران	۶۳/۱۸۶	۱	۶۴/۷۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳
مرگ دیگران	مردن دیگران	۰/۹۸۲	۱	۱/۳۹۱	۰/۲۵	۰/۰۵۵
اثر همپراش	مرگ خود	۰/۵۴	۱	۱/۴۱۶	۰/۲۴۶	۰/۰۵۶
(پیش	مردن خود	۰/۳۷۱	۱	۰/۷۶۵	۰/۳۹	۰/۰۳۱
آزمون)	مرگ دیگران	۰/۲۲۵	۱	۰/۲۳	۰/۶۳۶	۰/۰۱
مردن دیگران	مردن دیگران	۳۹۴/۷۲۸	۱	۵۵۹/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
اثر گروه	مرگ خود	۸/۰۴۴	۱	۲۱/۰۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸

۰/۴۲۸	۰/۰۰۱	۱۷/۹۳۲	۸/۶۹۲	۱	۸/۶۹۲	مردن خود	
۰/۵۲۸	۰/۰۰۱	۲۶/۸۵۲	۲۶/۱۹۴	۱	۲۶/۱۹۴	مرگ دیگران	
۰/۴۲۶	۰/۰۰۱	۱۷/۸۱۸	۱۲/۵۷۷	۱	۱۲/۵۷۷	مردن دیگران	
			۰/۳۸۱	۲۴	۹/۱۵۲	مرگ خود	خطا
			۰/۴۸۵	۲۴	۱۱/۶۳۳	مردن خود	
			۰/۹۷۵	۲۴	۲۳/۴۱۲	مرگ دیگران	
			۰/۷۰۶	۲۴	۱۶/۹۴	مردن دیگران	
				۲۹	۳۸۸/۹۶۷	مرگ خود	جمع کل
				۲۹	۳۷۴/۹۶۷	مردن خود	تصحیح شده
				۲۹	۵۰۷/۳۶۷	مرگ دیگران	
				۲۹	۴۷۷/۸۶۷	مردن دیگران	

بر اساس نتایج جدول (۵) و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای مرگ خود $\{P > 0.01, F(1,30) = 21.09\}$ و مردن خود $\{P > 0.01, F(1,30) = 17.93\}$ ، مرگ دیگران $\{P > 0.01, F(1,30) = 26.85\}$ ، و مردن دیگران $\{P > 0.01, F(1,30) = 17.81\}$ ، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که مداخلات انجام گرفته بر اضطراب مرگ مؤثر است و مقدار اتا نشان می دهد که اثر مداخلات بر مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران، به ترتیب، ۴۶/۸، ۴۲/۸، ۵۲/۸ و ۴۲/۶ می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می گردد. بدین ترتیب می توان با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در مورد نمرات افکار خودکشی

شاخص منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرایب اتا
اثر همپراش (پیش آزمون)	داشتن افکار خودکشی	۲۳/۱۶۵	۱	۲۳/۱۶۵	۴۵/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
داشتن افکار خودکشی	آمادگی جهت خودکشی	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۳	۰/۰۰۱
	قصد اقدام به خودکشی	۰/۶۰۴	۱	۰/۶۰۴	۱/۷۸۳	۰/۱۹۴	۰/۰۶۷

۰/۰۱۷	۰/۵۲۱	۰/۴۲۳	۰/۲۱۷	۱	۰/۲۱۷	داشتن افکار خودکشی	اثر همپراش (پیش آزمون)
۰/۹۵	۰/۰۰۱	۴۷۷/۱۸۳	۱۳۸/۳۶۹	۱	۱۳۸/۳۶۹	آمادگی جهت خودکشی	آمادگی جهت خودکشی
۰/۰۷	۰/۱۸۱	۱/۸۹۶	۰/۶۴۲	۱	۰/۶۴۲	قصد اقدام به خودکشی	
۰/۰۴۲	۰/۳۰۴	۱/۱۰۲	۰/۵۶۴	۱	۰/۵۶۴	داشتن افکار خودکشی	اثر همپراش (پیش آزمون)
۰/۱۸۶	۰/۰۲۵	۵/۷۲۶	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	آمادگی جهت خودکشی	قصد اقدام به خودکشی
۰/۸۷۵	۰/۰۰۱	۱۷۵/۴۹۳	۵۹/۳۹۳	۱	۵۹/۳۹۳	قصد اقدام به خودکشی	
۰/۵۳۲	۰/۰۰۱	۲۸/۴۶۷	۱۴/۵۷۸	۱	۱۴/۵۷۸	داشتن افکار خودکشی	اثر گروه
۰/۴۸۹	۰/۰۰۱	۲۳/۸۸۸	۶/۹۲۷	۱	۶/۹۲۷	آمادگی جهت خودکشی	
۰/۴۰۳	۰/۰۰۱	۱۶/۸۹۷	۵/۷۱۹	۱	۵/۷۱۹	قصد اقدام به خودکشی	
			۰/۵۱۲	۲۵	۱۲/۸۰۲	داشتن افکار خودکشی	خطا
			۰/۲۹	۲۵	۷/۲۴۹	آمادگی جهت خودکشی	
			۰/۳۳۸	۲۵	۸/۴۶۱	قصد اقدام به خودکشی	
				۲۹	۶۵/۸۶۷	داشتن افکار خودکشی	جمع کل تصحیح شده
				۲۹	۲۴۱/۴۶۷	آمادگی جهت خودکشی	
				۲۹	۱۰۶/۶۶۷	قصد اقدام به خودکشی	

بر اساس نتایج جدول (۶) و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای داشتن افکار خودکشی $\{0/01, P < F(1,30) = 23/88\}$ ، قصد اقدام به خودکشی $\{0/01, P < F(1,30) = 28/46\}$ ، آمادگی جهت خودکشی $\{0/01, P < F(1,30) = 16/89\}$ ، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که مداخلات انجام گرفته بر اضطراب مرگ مؤثر است و مقدار اتا نشان می دهد که اثر مداخلات بر داشتن افکار خودکشی، آمادگی جهت خودکشی و قصد اقدام به خودکشی، به ترتیب، ۵۳/۲، ۴۸/۹ و ۴۰/۳ درصد می باشد. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می گردد. بدین ترتیب می توان. با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودکشی آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

نتیجه گیری

یافته های مرتبط با اضطراب مرگ به این معناست که فرض صفر پژوهش رد می شود. و می توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است. با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می توان نتیجه گرفت که مداخلات انجام گرفته بر اضطراب مرگ مؤثر است و بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می گردد. بدین ترتیب می توان. با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

همچنین یافته های مرتبط با افکار خودکشی به این معناست که فرض صفر پژوهش رد می شود. و می توان گفت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است و با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای داشتن افکار خودکشی، آمادگی جهت خودکشی، قصد اقدام به خودکشی، در سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می توان گفت بین گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرض صفر رد و فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تایید می گردد. بدین ترتیب می توان. با توجه به میانگین نمرات، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار خودکشی آتش نشانان حاضر در آتش سوزی ساختمان پلاسکو مؤثر است.

ترس از مرگ در تعارض های عمده موجود در شرایط روان آسیب شناختی تنیده می شود. می توانیم بر این باور باشیم که ترس از مرگ همیشه در کارکرد ذهنی ما حضور دارد. شاید اگر ترس از مرگ همیشه در ناخودآگاه ما بود، نمی توانستیم عملکرد بهنجار داشته باشیم. ترس از مرگ باید به طور مناسبی واپس زده شود تا بگذارد در زندگی ذره ای آسایش داشته باشیم. ما به خوبی میدانیم که واپس زدن چیزی است بیش از آن که موضوع واپس زده و جایی که واپس زده ایم را (از ذهن) برانیم و فراموش کنیم. به طور غریزی انسان به دنبال جاودانگی می باشد و دوست دارد زندگی جاودانه داشته باشد؛ از این رو، در برابر هرگونه فکر درباره فنا و نابودی از خود واکنش نشان می دهد و مقاومت می کند. تا جایی که هنگام رویارویی با مرگ دیگران یا مسائلی مانند آن، دچار تشویش خاطر و نگرانی می گردد. گاهی این تشویش خاطر، فراتر از حد می رود و منجر به اضطراب می شود. این اضطراب موجب اختلال در زندگی وی می گردد و سطح کنش وری فرد را کاهش می دهد. ترس از مرگ، ضعف بزرگ در انسان است و بسیاری از مشکلات بشر، ناشی از ترس از مرگ می باشد. اضطراب

مرگ پدیده‌ای است ذاتی و وجودی و از همین روی از زمانی که کودک از مرگ خود آگاه می‌شود بدون توجه به عوامل خارجی با آن روبرو است.

اضطراب مرگ در سطح هشیار و ناهشیار در زندگی افراد وجود دارد و بر زندگی آنها تأثیر می‌گذارد با این حال خیلی از مردم ادعان می‌کنند که آنها به طور هشیار در مورد مرگ فکر نمی‌کنند. به هر حال در سطح ناهشیار ترس از مرگ تأثیر معنی‌داری بر جنبه‌های فرد و برانگیختن اعمال او دارد. اگر چه این رویکرد دفاعی به افراد کمک می‌کند که از این حالات اضطرابی بگریزند با این حال هزینه‌های فراوان و خسارات‌های زیادی بر افراد، خانواده و کودکان تحمیل می‌کند. در واکنش به اضطراب مرگ بیشتر مردم سیر قهقراپی پیدا می‌کنند و از لحاظ هیجانی دچار نوعی انفصال می‌شوند. برخی دیگر حالت دفاعی به خود می‌گیرند که باعث محدود شدن توانایی فرد در ارتباط با دیگران می‌شود، توانایی آنها را برای انتخاب‌های شخصی کاهش می‌دهد، باعث باریک‌بینی و محدود شدن تجارب زندگی فرد می‌شود. برخی دیگر از افراد به صورت منفی و نامناسب به این آگاهی از مرگ واکنش نشان می‌دهد، به سراغ مصرف مواد یا نوشیدنی‌های غیرمجاز می‌روند. برخی افراد خود را مشغول کارهای بی اهمیت و تفریحات می‌کنند، برخی دیگر افکار خود را سرکوب می‌کنند، یا افکار مربوط به مرگ را انکار می‌کنند. بعضی از مردم به شدت به همسر خود وابسته می‌شوند، عده‌ای دیگر روابط معنی‌داری با دیگران برقرار می‌کنند و یا از مسئولیت‌ها اجتناب می‌کنند عده‌ای دیگر هم در مورد مرگ اعتقادات مذهبی دارند که به آنها امید و وعده زندگی پس از مرگ را می‌دهد و می‌توان با اضطراب ناشی از مردن برخورد مناسبی کنند. از سویی دیگر برخی افراد هستند که در ارتباط با مرگ شجاعت غیر معمولی دارند و به مرگ به صورت یک مزیت نگاه می‌کنند و به زندگی خود معنای بیشتری می‌دهد و به زندگی دیگران توجه می‌کند و به آنها توجه می‌کند، این افکار نباید به گونه‌ای باشد که در زندگی فرد موجب اختلال شود در غیر اینصورت نیاز به درمان‌های روانشناختی وجود دارد.

بنابراین در این درمان 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 اضطراب مرگ در بازمانده‌های سانحه پلاسکو شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزردهنده‌شان در رابطه با اضطراب مرگ 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، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، آشنانشان توانستند رویدادهای درونی اضطراب مرگ ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات، اضطراب مرگ و افکار ناخوشایند شدند.

در نهایت می‌توان گفت حوادث آسیب‌زا سبب بالا رفتن خطر خودکشی می‌شوند. استرس پس از سانحه با انکار و اقدام به خودکشی همراه است و وجود این اختلال ممکن است سبب شود افرادی که افکار خودکشی دارند، اقدام به برنامه‌ریزی کرده یا واقعاً خودکشی کنند، افکار مزاحم و نگران کننده یا رویاهایی درباره حادثه تروماتیک، آشفتگی فیزیکی و روانشناختی هنگام مواجهه با یادآوری‌های تروما، واکنش از جا پریدن افراطی، گوش به زندگی، خواب آشفته، تحریک پذیری یا طغیان خشم، همگی از عواملی هستند که افکار خودکشی را در این افراد تحریک می‌کنند. خودکشی و اقدام به خودکشی از مهمترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد جامعه به حساب می‌آید. که معلول فاکتورهای متعدد بوده و مواردی هم چون سن، جنس، وضعیت تأهل، عوامل اقتصادی، بعد خانواده، سوء مصرف مواد، کشمکش و طلاب بین والدین، عدم حمایت اجتماعی، بیکاری، بیماری جسمی و روانی به ویژه افسردگی با ۵۸٪ بالاترین میزان خطر اقدام به خودکشی را به خود اختصاص داده است.

بنابراین تلاش در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش پذیرش نسبت به حقایق زندگی و در نتیجه استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مساله‌مدار در مواجهه با پیشآمدهای زندگی است. که این امر از طریق مکانیسم تمایل

به قبول افکار، احساسات، خاطرات، علائم بدنی و میلهای آزاردهنده به خودکشی صورت میگیرد و به این مفهوم پی میبرند که این علائم آزاردهنده مانع زندگی با معنا و غنی نیستند بلکه بخشهایی از یک زندگی معنادار و غنی هستند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگرش نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزشها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر را میتوان جزء عوامل تأثیرگذار در این روش درمانی برای حل افکار خودکشی در آشنانشان دانست.

از دیدگاه اکت، رفتار خودکشی اساساً فقط یک شکل افراطی تر تجربی محسوب می شود. برای بسیاری از بیماران افسرده، صرف این تصور که آنها همیشه می توانند اقدام به خودکشی کنند خود یک راهبرد کنترل هیجانی است به طور معمول، برای بیمار رفتار خودکشی راهی برای خارج شدن از زیر فشار آن چیزی است که به عنوان درد عاطفی غیر قابل تحمل، غیرقابل اجتناب و بی پایان درک شده است. آدمی در گروه خانواده به دنیا می آید، در گروه های همسالان، همبازی ها، هم کلاسیها، همکاران زندگی می کند، همچنین گروه آن چنان با زندگی انسان در هم تنیده که موریانو (پدرگروه درمانی) گفته است: آدمی در گروه زندگی می کند، رشد میکند و در گروه بیمار می شود، پس چرا در گروه بهبود نیابد. به همین دلیل است که می توان گفت درمان اکت یکی از راهبردهای مفید برای افراد با افکار خودکشی است.

مراجع

۱. نریمانی، محمد، زاهد عادل، بشر پور، سجاده، (۱۳۸۹)، شیوع اختلال پس از سانحه در پرستاران اورژانس بیمارستان ها و کارکنان مراکز آتش نشانی شهر ارومیه، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۸، شماره ۱
۲. American psychiatric association. (۲۰۱۳). Diagnostic and statistical manual of mental Disorder (۵th edition). Washington, dc: author
۳. علیا نسب، سید حسن. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دین داری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم، نشریه روان شناسی و دین، سال سوم، شماره اول، ص ۵۵-۶۸
۴. قربانعلی پور، مسعود، (۱۳۸۹). اثر بخشی و مقایسه طرحواره درمانی و معنا درمانی بر هراس از مرگ در افراد مبتلا به خودپنداری رساله ی دکتری (PHD) روان شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی
۵. رفیعی اردستانی، مانی، (۱۳۹۱)، اثربخشی معنی درمانی گروهی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
۶. Abdel-khalek, A. M., Tomas-sabado, J. (۲۰۰۵). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, ۲۹: ۱۵۷-۱۶۹.
۷. Lehto, R.H & K.F, stein (۲۰۰۹), " Research and Theory for nursing practice" *An International journal*, ۲۳(۱), P.۲۳-۴۱
۸. هالچین، ریچارد، پی، سوزان، کراس و تیورن، (۱۳۸۴) ترجمه سید محمدی، یحیی، (۱۳۹۴) آسیب شناسی روانی جلد دوم، انتشارات روانی تهران
۹. معتمدی، غلامحسین (۱۳۸۶)، انسان و مرگ، تهران، مرکز
۱۰. Wen, Y. (۲۰۱۰), "Religiosity and death anxiety", *the journal of Human Resource and Adult Learning*, ۶(۲), P.۳۱-۳۷
۱۱. Dadfar, mahbubeh, bahrami, fazel, sheybani noughabi, farshad and askari, malek (۲۰۱۶). relationship between religious spiritual well-being and death anxiety in iranian elders. *international journal of medical research & health sciences*, ۵, ۶, ۲۸۳-۲۸۷

۱۲. Darban , fate me , karamzehi , reza , balouchi , abbas , safarzai , enayatollah , salehian , tahmineh , hoseynzehi mosayeb , & zareban , iraj (۲۰۱۶). The relationship between social intelligence and death anxiety among elderly people living in iron shahr , iran . *int j ment health addiction* .
۱۳. Campbell – sils , l., barlow , d.h., brown , t.a., & hofman , s.g. (۲۰۰۶) . effects of suppression and acceptance on emotional responses of individakls with anxiety and mood Disorder . *behavior research and therapy* , ۴۴, ۱۲۵۱-۱۲۶۳
۱۴. نصیری ، سارا.(۱۳۹۵). رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سرسختی روان شناختی و خوش بینی با اضطراب مرگ در زنان باردار سه ماهه سوم بارداری ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، بهمن
۱۵. Nyatunga , b.(۲۰۰۶) tow ards a definition of death anxiety international *journal of palliative nursing* , ۱۲(۹) , ۴۱۰-۴۱۳
۱۶. کیانی مقدم، امیرسام،(۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم افسردگی ، افکار خودکشی و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان دانشجویان دانشگاه های شهر لاهیجان، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، آذرماه
۱۷. Hayes , l, boyd , c, sewell , j . (۲۰۱۱). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression : a pilot studying a psychiatric outpatient setting mind fullness* , ۲ , ۸۶-۹۴
۱۸. والتز، توماس، هیز، استیون، مترجم ، سیف ، علی اکبر.(۱۳۹۴). درمان وابسته به پذیرش و تعهد اکت، نشر دیدار، چاپ اول
۱۹. Hayes , sc , strosahl , k. (۲۰۱۰) . apractical guid to acceptance and commitment therapy new York , *springer science rusiness media*.
۲۰. هیز، استیون سی، استروساهل، کرک دی،(۲۰۰۴). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترجمه : علیزاده موسوی، ابراهیم، پیر جاوید، فاطمه.(۱۳۹۴). مشهد: انتشارات فرا انگیزش، نوبت اول