

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و پذیرش
بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease
acceptance and experiential avoidance in patients with multiple
sclerosis (MS)

Razieh Pak

Reza Abdi

GholamReza Chalbani

Azarbaijan Shahid Madani University

راضیه پاک

رضا عبدی *

غلامرضا چلبیانلو

دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is a severe and chronic inflammatory disorder of the central nervous system in which clinical manifestations and extreme neurological disabilities are presented. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is a third wave treatment option used in medical populations to help patients cope with the physical stress of diseases. The present study aimed to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on disease acceptance and experiential avoidance in patients suffering from multiple sclerosis (MS). The population of this study included all patients suffering from multiple sclerosis (MS) in East Azerbaijan province in 2016. Among them, 30 patients referred to the MS Society were selected through purposive sampling and then randomly assigned into two experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received 10 sessions of ACT intervention. Multiple Sclerosis Acceptance Questionnaire (MSAQ) and the second version of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) were used as data collecting tools. Analysis of variance combined with mixed-design repeated measures (ANOVA) was used and data was analyzed using SPSS₂₁ software. The findings of the study revealed that the score of disease acceptance both in post-test and in follow-up increased significantly in the experimental group. Thus, it is important to pay attention to psychological and physical problems in this clinical population. Furthermore, it would be beneficial to offer, along with medication, psychological treatments including ACT to these patients.

Keywords: acceptance and commitment therapy, acceptance, avoidance, multiple sclerosis

چکیده

مولتیپل اسکلروزیس (MS) در زمره بیماری‌های خاص، یک اختلال التهابی مزمن و حاد سیستم اعصاب مرکزی است که با تظاهرات کلینیکی و ناتوانی عصبی شدید همراه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های موج سوم است که در جمعیت پزشکی، به منظور کمک به افراد در مقابله با استرس بیماری‌های جسمانی مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه‌ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استان آذربایجان شرقی در سال ۹۵ بود. ۳۰ نفر از بین مراجعه‌کنندگان به انجمن MS به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش بصورت هفتگی، ۱۰ جلسه درمان ACT دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه پذیرش مولتیپل اسکلروزیس (MSAQ) و پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) بود. در این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر آمیخته (ANOVA) استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌های مزبور به وسیله برنامه آماری SPSS₂₁ انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نشان داد که نمره پذیرش بیماری در دو مرحله پس از آزمون و پیگیری در گروه آزمایش به طور معناداری افزایش داشته است. بنابراین شایسته به نظر می‌رسد که علاوه بر مشکلات جسمانی این جمعیت، به مسائل روانشناختی آنها نیز توجه شود و در کنار دارودرمانی، درمان‌های روانشناختی و از جمله رویکرد درمانی پذیرش و تعهد، مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، پذیرش، اجتناب، مولتیپل اسکلروزیس

* نشانی پستی نویسنده مسوول: تبریز، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: R.abdi@azaruniv.ac.ir

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)^۱ یک اختلال التهابی مزمن و حاد سیستم اعصاب مرکزی است (هریس^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بنا به گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO) (۲۰۰۶)، ۲/۵ میلیون نفر در جهان به MS مبتلا هستند (برونز-بیوکساز، میلا، آگونز، بوفیل و اولیا^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). نشانه‌هایی از قبیل اختلالات بینایی، مشکل در راه رفتن/ تعادل، اختلال ادراری و برخی از مشکلات روان-شناختی از جمله افسردگی، خستگی، نقص شناختی (تورستر و آرت^۴، ۲۰۰۶) اضطراب، پارانویا، اختلال دوقطبی (توماس، توماس، هیلیر، گالوین و بکیر^۵، ۲۰۰۶) در این جمعیت بالینی شایع است. افراد مبتلا به بیماری MS در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (پاکنهام و فلمنیگ^۶، ۲۰۱۱) و همین‌طور در برابر حوادث استرس‌زا از مهارت‌های مقابله‌ای پایین‌تری برخوردار هستند (جانستون و جوی^۷، ۲۰۰۱). برخی از مشکلات روان-شناختی این بیماران به عدم اطمینان به روند بیماری و نگرانی نسبت به ناتوانی فیزیکی بازمی‌گردد؛ و این امر تلوياً اشاره به پذیرش بیماری^۸ دارد (پاکنهام و فلیمنینگ، ۲۰۱۱). مفهوم پذیرش بیماری مستلزم فرایند سازگاری روانی در افراد است که در مراقبت از خود فعال‌تر می‌شوند و به عبارتی بیماری را به عنوان یک محدودیت تلقی نمی‌کنند (فلتون، رونسون و هینرچن^۹، ۱۹۸۴). همچنین پذیرش بالاتر با بهزیستی هیجانی^{۱۰} رابطه قوی دارد (فینی^{۱۱}، ۲۰۱۲).

پذیرش به عنوان یکی از فرایندهای انعطاف‌پذیری - روانشناختی رویکرد درمانی پذیرش و تعهد مطرح شده‌است. در این مدل، پذیرش به منزله تسلیم منفعلانه در موقعیت نامیدکننده نیست، بلکه اشاره دارد به پذیرش فعالانه و آگاهانه رویدادهای شخصی به ویژه در زمانی که این رویدادها موجب آسیب‌های روانی می‌شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). شایان ذکر است که جنبه منفی پذیرش به لحاظ آسیب-شناسی روانی، اجتناب تجربه‌ای^{۱۲} است (هیز و توهیج^{۱۳}، ۲۰۰۸). این بُعد از کارکرد آسیب‌شناسی روانی در اغلب جمعیت‌های پزشکی از جمله MS شایع است (فینی، ۲۰۱۲) و به عنوان یک نوع راهبرد ناسازگارانه جهت اداره کردن یا تنظیم مشکلات هیجانی به کار گرفته می‌شود (کروز^{۱۴}، ۲۰۱۳). شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر این که پذیرش منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌گردد (مک و لوک^{۱۵}، ۲۰۱۵)، علاوه بر این درمان ACT جایگاه مناسبی در بهبود مشکلات روانپزشکی ناشی از بیماریهای جسمانی کسب کرده‌است (آ-تجاک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۵)، نتایج مطالعات اخیر نیز بیانگر تأثیر درمان ACT بر استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به MS است (امیر، احدی، نیکخواه و صیرفی، ۲۰۱۷).

مولتیپل اسکلروزیس در زمره بیماری‌های خاص قرار گرفته و یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌هاست (برونز-بیوکساز و همکاران، ۲۰۱۵)، همچنین اغلب، با دردهای مزمن و ناتوانی‌های فیزیکی غیرقابل تغییر و کنترل همراه است (یامامایرا و گرن^{۱۷}، ۲۰۱۳)، از طرفی، پذیرش بیماری از سوی این بیماران به دلیل انتظارات آنان از تظاهرات بالینی و ترس از ناتوانی به سختی صورت می‌گیرد و اغلب به منظور غلبه بر احساس ترسشان راهبردهای ناسازگارانه‌ای به

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. Harris

3. Briones-Buixassa, Milà, Aragonès, Bufill & Olaya

4. Troster & Arnett

5. Thomas, Thomas, Hillier, Galvin & Baker

6. Pakenham & Fleming

7. Johnston & Joy

8. disease acceptance

9. Felton, Revenson & Hinrichsen

10. emotional well-being

11. Feeney

12. experiential avoidance

13. Hayes & Twohig

14. Gross

15. Mak & Loke

16. A-tjak, Davis, Morina, Powers, Smits & Emmelkamp

17. Yamamura & Gran

شرح داده، همچنین به آنها در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و پس از امضای رضایت‌نامه کتبی بیماران، سنجش اولیه شرکت‌کنندگان داوطلب با ابزارهای پژوهش، جلسات درمان با فرمت گروهی در دو مرحله پیش‌آزمون (قبل از شروع فرایند مداخله)، و پس‌آزمون (بعد از اتمام فرایند مداخله) پژوهش اجرا شد.

پس از گذشت دو ماه از اتمام فرایند مداخله، مرحله پیگیری نیز به اجرا درآمد. در طرح مورد بحث، تعداد شرکت‌کنندگان شامل ۴۰ نفر بود که از بین مراجعه‌کنندگان به انجمن MS آذربایجان شرقی، مستقر در تبریز، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تخصیص داده شدند. تا مرحله پس‌آزمون ۵ نفر به دلیل عدم شرکت منظم در جلسات گروه درمانی کنار گذاشته شدند؛ و تحلیل نهایی داده‌ها روی ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) صورت گرفت.

برنامه درمانی شامل ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، بر اساس تکنیک‌ها و فرایندهای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسهل (۲۰۰۴) با فرمت گروهی (هیز و استروسهل، ۲۰۰۴) طراحی و در عرض دو ماه در انجمن MS آذربایجان شرقی، مستقر در تبریز، برگزار شد. قبل از شروع گروه‌درمانی به منظور تشخیص اختلال‌های روانی همبود با بیماری جسمی و ضابطه‌بندی فرایند ACT، در طی یک ماه اجرای مصاحبه بالینی ساختار یافته به صورت فردی انجام شد. شرح جلسات درمان در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱

شرح جلسات روان‌درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان احساسات و تجارب مشابه قبلی افراد قبل از ورود به جلسه، انتظارات افراد از جلسات درمانی و بیان قواعد جلسات درمان و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ایجاد انگیزه در بیماران برای امتحان راهبردهای جدید و ایجاد آمادگی برای تغییر با استفاده از تکنیک‌های ناامیدی‌خلاقانه.

کارگرفته و به پنهان‌کاری و انکار می‌پردازند و این امر زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی در این جمعیت بالینی شده است (پاکنهام و فلیمنگ، ۲۰۱۱). بر این اساس، پذیرش بیماری از عوامل تأثیرگذار بر کاهش آسیب‌های روانی، از موضوعات مورد توجه روان‌شناختی محسوب شده و انجام و تکرار پژوهش‌هایی در این راستا حائز اهمیت است. این پژوهش در پی پاسخ به این سوال است که: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش بیماری و اجتناب تجربه‌ای در جمعیت بالینی مبتلا به بیماری MS اثر بخش است؟

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود و از روش نمونه‌گیری هدفمند در آن استفاده شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۵ بودند. معیارهای ورود به پژوهش، ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده - بهبود یابنده براساس تشخیص پزشک متخصص، سطح سواد بالاتر از سیکل، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، جنسیت زن و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی بود. معیارهای خروج از پژوهش، دارا بودن سایر مشکلات جسمی و روانی به دلیل ناهمگن شدن نمونه‌ها، ابتلا به اختلالات روانپزشکی شدید بر اساس مصاحبه ساختاریافته و در سال اول تشخیص بیماری قرار داشتن در نظر گرفته شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، شرایط دوره روان‌درمانی برای بیماران

ادامه جدول ۱

سوم	ارائه اطلاعاتی در مورد بیماری MS و تأثیر عوامل روانشناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.
چهارم	انجام فرایند ناهمجوشی شناختی با انجام تمرینات عملی.
پنجم	بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر ارزش‌ها، اهداف و عمل.
ششم	کارکردن روی اجتناب تجربه‌ای بیماران. (به ویژه اجتناب از افکار و احساساتی که ارزیابی منفی از بیماری MS دارند که ممکن است با خود مراقبتی در بیماری مداخله داشته باشند).
هفتم	طرح‌ریزی و اقدام، ذهن‌آگاهی و مشاهده خود و عمل متعهدانه.
هشتم	تمایل و تعهد به اعمال، شناسایی ارزش‌ها، انتخاب‌ها و محتوای اجتناب شده بیماران، تجزیه و تحلیل راهبردهای کنترل تجربه-گرایانه تجزیه و تحلیل موانع انگیزشی و شناختی است.
نهم	شناسایی عواملی که منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می‌شوند. اعمال راهبردهای درست در مقابل ابعاد تکنیکی درمان و تأکید بر تعهد بیمار جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی.
دهم	جلسه آخر، تعهد دادن برای ادامه پذیرش بیماری، جلوگیری از عود و عقب نشستن، جمع‌بندی درمان و پس‌آزمون است.

تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روانپزشکی آمریکا» (DSM-IV) طراحی شده است (عبدی، ۲۰۱۳). پرسشنامه پذیرش مولتیپل اسکلروزیس^۲ (MSAQ) پاکنهاپیم و فلمینگ (۲۰۱۱) به منظور سنجش پذیرش بیماری مورد استفاده قرار گرفت. دو خرده‌مقیاس: «درگیر شدن در فعالیت» که منعکس‌کننده پیگیری فعالیت‌های زندگی با وجود درد، و «تمایل به درد» یعنی بازتاب فقدان نسبی تلاش برای جلوگیری و یا کنترل درد، در این پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌گیرد. نمره کلی به عنوان تجزیه و تحلیل پذیرش «درد» به عنوان یک ساختار استفاده می‌شود (مک کراکن و گوتیرز - مارتینز، ۲۰۱۱). این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه می‌باشد و هر کدام در یک مقیاس ۷ نقطه‌ای (۱ کاملاً غلط و ۷ کاملاً درست) تنظیم شده‌است، نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر بیماری MS است. آلفای کرونباخ پرسشنامه MSAQ (N=۱۲۵) ۰/۸۷ گزارش شده‌است. (پاکنهاپیم و فلمینگ، ۲۰۱۱). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران به منظور سنجش پذیرش بیماری MS در

لازم به ذکر است که هر جلسه شامل تمرین‌های حضور و ذهن‌آگاهی در جلسه و تمرین در منزل بود که می‌بایست آنها را انجام داده و در فعالیت‌های کلاسی فعالانه شرکت کنند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، بعد از اطمینان از رعایت مفروضه‌های تحلیل واریانس با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر آمیخته^۱ (ANOVA) تجزیه و تحلیل داده‌های مزبور به وسیله برنامه آماری SPSS²¹ انجام گرفت.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I SCID(SDID-I)؛ به منظور تشخیص اختلالات جسمی و روانی همبود و ضابطه‌بندی درمان ACT، از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I SCID (SDID-I) استفاده شد. این مصاحبه به منظور تشخیص گذاری اختلال‌های عمده محور I بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «چهارمین طبقه بندی آماری و

². Multiple Sclerosis Acceptance Questionnaire (MSAQ)

¹. mixed-design anova

یافته‌ها

از لحاظ جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۳۶/۵۳ و گروه کنترل برابر با ۳۵/۲۰ ماه^۴ بود. نتایج آزمون t مستقل ($t = ۰/۲۲۵$) نشان داد که دو گروه از نظر سنی تفاوتی با یکدیگر ندارند و همچنین میانگین مدت بیماری و میزان ناتوانی جسمانی (EDSS)، در هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۴/۵ و ۲ است. آزمون t ($t = ۰/۹۳۴$ و $t = ۰/۸۵۸۰$) حاکی از این بود که از این نظر نیز تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد. بنابراین هر دو گروه تا حدودی با هم همگن بودند. یکسانی کوواریانس‌های متغیر وابسته از طریق آزمون کرویت موچلی^۴ اثبات شد. برای آزمون مفروضه یکسانی واریانس‌ها از آزمون لون^۵ و جهت بررسی نرمال بودن از آزمون کلمروگرف-اسمیرنف^۶ استفاده شد. بررسی نتایج M باکس ($F = ۱/۰۸$, $sig = ۰/۳۷$)، $BOX'M = ۲۹/۴۶$) حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کواریانس گروه‌ها بود. آزمون لوین نیز در مورد تساوی واریانس‌های خطا ($P > ۰/۰۵$)، نشان دهنده برابری واریانس گروه‌ها بود. بنابراین مفروضه استفاده از تحلیل واریانس رعایت شده است.

شاخص‌های توصیفی مربوط به مقیاس پذیرش بیماری MS و مقیاس پذیرش و عمل - نسخه دوم - در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

این پژوهش اجرا شد. ابتدا نسخه خارجی پرسشنامه پذیرش MS (MSAQ) به وسیله پژوهشگر ترجمه شده و سپس توسط چند تن از دانشجویان زبان انگلیسی ویرایش شد. پس از آن در یک مطالعه مقدماتی، روایی سازه و تأیید دو عاملی بودن پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی و اکتشافی، به وسیله دو تن از اساتید گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی بررسی شده و روایی محتوایی پرسشنامه تأیید گشت. آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II)^۱ - نیز مورد استفاده قرار گرفت؛ آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط سازندگانش بوند، هیز، بایر، کرپنتر، جینو^۲ و همکاران (۲۰۱۱)، ۰/۸۷-۰/۸۹ گزارش (بوند و همکاران، ۲۰۱۱) و در ایران به وسیله عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱)، ترجمه شده است. این پرسشنامه از ۱۰ ماده تشکیل شده که هر آیتم از ۵ امتیاز مقیاس لیکرت (۱=اصلاً درست نیست، ۵=همیشه درست)، میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱). پرسشنامه ۱۰ آیتمی پذیرش و عمل AAQ-II برای ارزیابی انعطاف‌پذیری روانی استفاده و از بیماران خواسته می‌شود که برای هر آیتم از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست) پاسخ دهند. با توجه به ساختار نمره‌گذاری پرسشنامه پذیرش و عمل برای سنجش اجتناب تجربه‌ای، افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه، بیان‌کننده کاهش اجتناب تجربه‌ای آزمودنی و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتری از پذیرش کلی^۳ است (مک کراکن و گوتیرز - مارتینز، ۲۰۱۱). آلفای کرونباخ پرسشنامه در این مطالعه ۰/۸۰ بدست آمد.

⁴. Mauchly's Test

⁵. Levene's Test

⁶. Kolmogorov-Smirnov

¹. Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

². Bond, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt

³. general acceptance.

جدول ۲

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیر پذیرش بیماری و اجتناب تجربه‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل N=15

	میانگین			انحراف معیار		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
پذیرش بیماری	گروه آزمایش	۷۶/۸۷	۸۳/۸۷	۹۷/۳۳	۸/۲۱	۷/۱۲
	گروه کنترل	۷۴/۶۷	۷۰/۰۰	۷۰/۶۰	۱۴/۶۵	۷/۱۲
اجتناب تجربه‌ای	گروه آزمایش	۳۳/۱۳	۴۱/۰۰	۴۷/۲۷	۹/۳۴	۶/۷۷
	گروه کنترل	۳۸/۲۰	۳۵/۶۷	۴۷/۲۷	۹/۳۴	۱۲/۳۷

نتایج مربوط به آزمون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش بیماری با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته در جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر درمان پذیرش و تعهد بر نمرات «پذیرش بیماری» معنادار است ($F(1, 28) = 6/50$, $P < 0/05$, $\text{partial } \eta^2 = 0/18$). با توجه به مجذور اتای به دست آمده، درمان تعهد و پذیرش، در «پذیرش بیماری» مؤثر واقع شده‌است. همانگونه که در مقایسه دو به دوی گروه‌ها (جدول ۲) نشان می‌دهد، نمرات پذیرش بیماری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری با یکدیگر دارند

نتایج مربوط به آزمون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش بیماری با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته در جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیر پذیرش بیماری در گروه آزمایش افزایش داشته‌است. آزمون بن‌فرونی برای بررسی تفاوت جفتی میانگین‌های نمرات «پذیرش بیماری» در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده‌است. تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون برابر با ۱/۱۶، پس‌آزمون ۱/۱۶- و پیگیری ۷/۲- است. بنابراین تفاوت جفتی میانگین‌ها معنادار است ($P < 0/05$).

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر آمیخته برای بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر «پذیرش بیماری»

عامل	Ss	df	Ms	F	sig	η
درون گروهی	۷۷۷/۶	۱	۷۷۷/۶	۶/۵۰	۰/۰۱**	۰/۱۸۹
پذیرش بیماری * گروه	۱۹۰۴/۰۶	۱	۱۹۰۴/۰۶	۱۵/۹۳	۰/۰۰۰**	۰/۳۶۳
	۳۳۴۵/۳۳	۲۸	۱۱۹/۴۷			
بین گروهی	۴۱۶۱/۶	۱	۴۱۶۱/۶	۲۶/۲۴	۰/۰۰۰**	۰/۴۸۴
خطا	۴۴۳۹/۹۵	۲۸	۱۵۸/۵۷			

(مجموع مجذورات Ss، درجه آزادی df، میانگین مجذورات Ms و اندازه اثر η) * $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

وجود ندارد. سطح نمرات اجتناب تجربه‌ای در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون از سطح نمرات میانگین اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش بالاتر بوده‌است. نتایج آزمون بن فرونی برای بررسی تفاوت جفتی میانگین‌های نمرات «اجتناب تجربه‌ای» در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون برابر با ۲/۶۶، پس آزمون ۲/۶۶- و پیگیری ۵/۹- است. بنابراین تفاوت جفتی میانگین‌ها در مرحله پیش-آزمون و پیگیری معنادار است، اما در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار نشده‌است ($P < 0.05$).

نتایج مربوط به آزمون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته در جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر درمان پذیرش و تعهد بر نمرات «اجتناب تجربه‌ای» معنادار است ($F(1, 28) = 9.76, P < 0.05, \text{partial } \eta^2 = 0.25$). با توجه به مجذور اتای به دست آمده، درمان تعهد و پذیرش حدود ۲۵ درصد تغییرات در شاخص «اجتناب تجربه‌ای» را موجب شده است. مندرجات جدول نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در پس‌آزمون و پیگیری ($F(1, 28) = 2.39, P < 0.05, \text{partial } \eta^2 = 0.07$) وجود ندارد.

جدول ۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های آمیخته اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای

منبع	Ss	df	Ms	F	sig	η
درون گروهی	۵۲۲/۱۵	۱	۵۲۲/۱۵	۹/۷۶	0/004**	۰/۲۵
اجتناب تجربه‌ای * گروه	۱۰۱۶/۸۱	۱	۱۰۱۶/۸۱	۱۹/۰۱	0/000**	۰/۴
خطا	۱۴۹۷/۵۳	۲۸	۵۳/۴۸			
بین گروهی	۳۴۰/۱۷	۱	۳۴۰/۱۷	۲/۳۹	NS	۰/۰۷
خطا	۳۹۷۲/۸۴	۲۸	۱۴۱/۸۸			

(مجموع مجذورات Ss، درجه آزادی df، میانگین مجذورات Ms و اندازه اثر η) * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

به افرادی که بیماری آن‌ها غیر قابل پیش‌بینی است یا افراد مبتلا به MS بدخیم تفاوت چشم‌گیری دارد. گروه خوش-خیم به طور قابل توجهی نمره پذیرش بالاتری کسب کرده‌اند. کسانی که سطوح بالاتری از پذیرش را گزارش کرده‌بودند دامنه هیجانی کمتری از بیماری و علائم افسردگی نشان دادند (استیوفبرگن و همکاران، ۲۰۰۸). پذیرش فرایندی توصیف‌شدنی نیست بلکه مهارتی است که باید با درگیر شدن با فعالیت‌های مطابق با ارزش‌ها (یعنی فعال‌سازی رفتار به سمت اهداف با ارزش) آموخته شود (هیز، بیست، روگت، پادیلای، کوهلنبرگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). پذیرش بیماری، پیش‌بینی دو سطح احساس خوب شدن و عملکرد فیزیکی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، پذیرش

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش بیماری و اجتناب تجربه-ای در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام شد. نتایج نشان داد که نمره پذیرش بیماری در دو مرحله پس-آزمون و پیگیری به طور معناداری در گروه آزمایش افزایش داشته‌است. نتایج حاصل هماهنگ با یافته‌های به دست آمده در پژوهش فینی (۲۰۱۲)، پاکنهام و فلیمنگ (۲۰۱۱) و استیوفبرگن، بی‌کر، بلزیس و بیل^۱ (۲۰۰۸) است. استیوفبرگن و همکاران (۲۰۰۸) به این موضوع اشاره کرده‌اند که پذیرش بیماری در افراد مبتلا به MS خوش‌خیم نسبت

². Hayes, Bissett, Roget, Padilla & Kohlenberg

¹. Stuifbergen, Becker, Blozis & Beal

گروه آزمایش، نمرات پذیرش بیماری در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون افزایش چشم‌گیری داشته است، به نظر می‌رسد که فرایند انعطاف‌پذیری روانشناختی، با انجام تمرین‌ها و مهارت‌های آموخته شده و گذشت زمان شکل می‌گیرد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که نمره اجتناب تجربه‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری در گروه آزمایش افزایش داشته‌است. آیت‌های ارزیابی AAQ گاهی به عنوان اندازه‌گیری انعطاف‌پذیری روانی به کارگرفته می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتری از پذیرش کلی است (مک کرکین و گوتیریز - مارتینز، ۲۰۱۱). با این حال یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر بیانگر آن است که بیماران مبتلا به MS گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره انعطاف‌پذیری بالاتری کسب کرده‌اند. نتایج حاصل شده با یافته‌های به دست آمده در پژوهش گلاندیرز^۳ و گلاندیرز (۲۰۱۴) و شپرد، فوریت، هیکلینگ و بینچ^۴ (۲۰۱۰) همسو است.

هدف اصلی ACT انعطاف‌پذیری روانشناختی است، این توانایی به گشاده بودن یا به عبارتی پذیرا بودن تجارب اشاره دارد تا جایی که فعالیت‌هایی که فرد را به سمت ارزش‌ها هدایت می‌کند، اتخاذ کند (هریس، ۲۰۰۹). انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد را به سمتی سوق می‌دهد که رفتارهای جدیدی در راستای ارزش‌ها اتخاذ کنند و این کار با احساس گشاده‌بودن، در حضور بودن و آگاهی انجام می‌پذیرد (استدرد و افرا^۵، ۲۰۱۴). وجود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معناست که فرد می‌تواند در هر زمان حرکت رو به جلو داشته‌باشد، حتی با رویدادن هر گونه رخداد شخصی (لوما، هیز و والسر^۶، ۲۰۰۷). احتمالاً پذیرش روانی به طور کلی نقش پیچیده، مهم و منحصر به فردی در افراد مبتلا به MS بازی می‌کند. مهم‌تر این که پذیرش روانی می‌تواند به پذیرش

بالاتر، واکنش‌های عاطفی و مقابله تسکینی را پیش‌بینی می‌کند. از این رو به نظر می‌رسد که پذیرش به عنوان یک عامل حفاظتی برای سلامت روانی و ذهنی به طور مستقیم یا از طریق کاهش مقابله ناسازگارانه عمل می‌کند (فرنیچ^۱، ۲۰۱۱). در اصل پذیرش بهتر با عملکرد و آسیب‌شناسی روانی پایین‌تر در ارتباط است. تظاهرات قوی‌تر از پذیرش و نمایان شدن ارزش‌ها در مقابله با MS می‌تواند یک ارتباط معنی‌دار بین افزایش پذیرش در برابر شدت بیماری و سطوح بالاتر از تنظیم دست یابد. مطابق اصل ACT، تکیه بر پذیرش در طول زمان به احتمال زیاد منجر به کاهش پریشانی روانی یا درد و رنج می‌شود. دو عامل مورد سنجش مقیاس پذیرش MS (MSAQ) یعنی درگیر شدن در فعالیت و تمایل به درد منعکس‌کننده دو جنبه از تعریف پذیرش در سازگاری با دیگر مقیاس‌های پذیرش ACT است (پاکنه‌ایم و فلیمنینگ، ۲۰۱۱).

منظور از «درگیر شدن در فعالیت»، حرکت به سمت ارزش‌های شخصی است بدون اینکه فرد تلاشی برای کنترل یا اجتناب از تجارب دردناک و ناخواسته داشته باشد. بسته به شرایط، هر فردی ممکن است که تجارب ناخوشایندی مانند احساس خشم، بی‌عدالتی و خلق پایین را تجربه کند، اما با درگیر شدن در فعالیت‌های ارزش‌مدار خود، بدون آنکه تلاشی برای کنترل این تجارب کند به طور موفقیت‌آمیز عمل می‌کند. منظور از «تمایل به درد» نیز تمایل به تجربه افکار دشوار و هیجانات و علائم مربوط به بیماری MS است (فرنیچ، ۲۰۱۱). اگرچه خرده مقیاس «تمایل به درد» پیش‌بینی قابل توجهی از سلامت روان بهتر است، اما تا حدودی به کاهش عاطفه مثبت نیز ربط دارد. «تمایل به درد»، منجر به چشم‌پوشی از کنترل واکنش‌های هیجانی بیماری می‌شود، که فواید آن در کاستن واکنش عاطفی بیماری و تجربه هیجانات مثبت نمایانگر می‌شود (هیز، استروسهل و ویلسون^۲، ۱۹۹۹). نتایج به دست آمده در این مطالعه مبنی بر اینکه در

³. Gillanders

⁴. Sheppard, Forsyth, Hickling & Bianchi

⁵. Stoddard & Afari

⁶. Luoma, Hayes & Walser

¹. Ferenbach

². Hayes, Strosahl & Wilson

A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.

Briones-Buixassa, L., Milà, R., Aragonès, J. M., Bufill, E., Olaya, B., & Arrufat, F. X. (2015). Stress and multiple sclerosis: A systematic review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychology Open*, 2, 1-16.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.

Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social science & medicine*, 18, 889-898.

Feeney, J. (2012). Physical disability and psychological distress in multiple sclerosis: the role of illness representations and experiential avoidance (Doctoral dissertation, Cardiff University).

Ferenbach, C. T. (2011). *Process of psychological adjustment to multiple sclerosis: comparing the roles of appraisals, acceptance, and cognitive fusion*.

Gross, J. J. (Ed). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.

Gillanders, S., & Gillanders, D. (2014). An acceptance and commitment therapy intervention for a woman with secondary progressive multiple sclerosis and a history of childhood trauma. *Neuro-Disability and Psychotherapy*, 2(1-2), 19-40.

Harris, R. (2009). *The House of ACT: Functional contextualism, ABA and RFT*. Retrieved 20th December, 2010.

Harris, M. K., Maghzi, A. H., Etemadifar, M., Kelley, R. E., Gonzalez-Toledo, E., & Minagar, A. (2009). Acute demyelinating disorders of the central nervous system. *Current treatment options in neurology*, 11, 55-63.

بیماری کمک کند. این نشان می‌دهد که پیشرفت‌های درمان ACT در کسانی که مبتلا به MS هستند در نتیجه افزایش «تمایل به درد» رو به رشد بوده و بسیاری از تجارب متنوع روانی، تجربه‌های عاطفی ناخواسته، خاطرات و افکار نسبت به سایر علائم فیزیکی و غیره کاهش یافته‌است. (مک کراکین و گوتیز - ماتینز، ۲۰۱۱).

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر حجم پایین نمونه است. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی نمونه‌هایی با حجم بزرگتر انتخاب شود. از آن جایی که گروه نمونه این تحقیق تنها از جنس مؤنث تشکیل شده‌بود، تعمیم نتایج پژوهش به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی از دو جنس برای شرکت در گروه نمونه دعوت شود. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، این روش درمانی برای بهبود نشانه‌های روانشناختی در سایر جمعیت‌های بالینی بیماری‌های جسمانی به کار گرفته شود. همچنین توصیه می‌شود که به منظور تحکیم یافته‌های به دست آمده، پروتکل طرح درمانی حاضر در فرهنگ‌های مختلف تکرار شود.

منابع

عبدی، ر. (۲۰۱۳). *ارزیابی کارایی درمان فراتشخیصی یکپارچه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر*. رساله دکتری. ایران/ تبریز. دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی گروه روانشناسی.

References

Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., & Zarabi, H. (2012). Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. *Journal of Psychological Models and Methods*, 3(10), 65-80.

Amir, F., Ahadi, H., Nikkha, K., & Seirafi, M. (2017). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Group Logotherapy in Reducing Perceived Stress among MS Patients. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, 3(11), 175-184. ۲۰۱۳

- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49, 267-274.
- Pakenham, K. I., & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & health*, 26, 1292-1309.
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). 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*, 12, 200-206.
- Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Stuifbergen, A., Becker, H., Blozis, S., & Beal, C. (2008). Conceptualization and development of the acceptance of chronic health conditions scale. *Issues in mental health nursing*, 29, 101-114.
- Tröster, A. I., & Arnett, P. A. (2006). *Assessment of Movement and Demyelinating Disorders*.
- Thomas, P. W., Thomas, S., Hillier, C., Galvin, K., & Baker, R. (2006). *Psychological interventions for multiple sclerosis*. Cochrane Database Syst Rev, 1.
- Yamamura, T., Gran, B., editors. (2013). *Multiple Sclerosis Immunology: A Foundation for Current and Future Treatments*. 1nd Ed. New York Springer Science & Business Media; 315-375.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., & Twohig, M. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety: Annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., & Niccolls, R. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior therapy*, 35, 821-835.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Johnston Jr, R. B., & Joy, J. E. (Eds). (2001). *Multiple Sclerosis: Current Status and Strategies for the Future*. National Academies Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Mak, Y. W., & Loke, A. Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC public health*, 15, 105.