

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد در بیماران مبتلا به M.S

شوان شیدایی اقدم<sup>۱</sup>، سلوی شمس الدینی لری<sup>۲</sup>، سمیه عباسی<sup>۳</sup>، سارا یوسفی<sup>۴</sup>،  
صفیه عبداللهی<sup>۵</sup> و محمد مرادی جو<sup>۶</sup>

مولتیپل اسکلروزیس، یکی از شایعترین بیماری های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که با دمیالینه شدن نورون های عصبی همراه است. این بیماری فرد را دچار استرس، افسردگی و پریشانی می کند و عملکرد حسی و حرکتی او را تحت تاثیر قرار می دهد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به M.S بود. بدین منظور از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی تهران ۲۴ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. هر دو گروه قبل و بعد از شرکت در جلسات آموزشی و ۲ ماه بعد از آن، از نظر میزان پریشانی و افکار ناکارآمد مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۸ جلسه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کردند ولی گروه گواه هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. نتایج تحلیل کوواریانس داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است. بنابراین می توان با استفاده از این شیوه در کاهش پریشانی و افکار ناکارآمد این بیماران کمک کرد و از گسترش پریشانی و افکار ناکارآمد آنها کاست.

**واژه های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پریشانی، افکار ناکارآمد

### مقدمه

اسکلروز مولتیپل، یکی از شایع ترین بیماری های نوروتیک است که غالباً بین ۴۰ - ۲۰ سالگی رخ می دهد و زنان دو برابر مردان به آن مبتلا می شوند (کنر، منون و الیوت، ۲۰۰۷). تخریب میلین به

دریافت مقاله: 31 January 2014  
پذیرش مقاله: 18 May 2014

۱. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی و عضو باشگاه پژوهشگران جوان، رودهن، ایران (نویسنده ی مسول) mahoor\_princes@yahoo.com

۳. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، رودهن، ایران

۴. دپارتمان مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، رودهن، ایران

۵. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل کیش، جزیره کیش، ایران

۶. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

صورت پراکنده، مشخصه پاتولوژیک این بیماری است و بیش از ۲/۵ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند. ضعف موضعی، گزگز و کرختی، کاهش یا تاری دید ناگهانی یک چشم و عدم تعادل، علایم اولیه این بیماری است که معمولاً گذرا بوده و طی چند روز تا چند هفته از بین می رود (مک کوب، ۲۰۰۵).

بیماری مولتیپل اسکلروز روی قسمت های مختلف زندگی این بیماران اثر می گذارد و علاوه بر ایجاد اختلال در کارکرد های حسی و حرکتی باعث بروز نشانه ها و علایم آسیب شناختی روانی نیز می شود. این بیماری، پیش بینی نشدنی و یکی از بیماریهای تغییردهنده ی زندگی فرد است زیرا به طور معمول به بهترین دوران زندگی فرد صدمه میزند و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می برد و متأسفانه درمان قطعی ندارد (رازووا، ۲۰۰۶). دو میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و انجمن ملی مولتیپل اسکلروزیس آمریکا اعلام کرده است که هر هفته حدود ۲۰۰ نفر به این تعداد اضافه می شود. ۸۰ درصد مبتلایان به این اختلال، درجاتی از ناتوانی دارند. براساس گزارش انجمن ام. اس ایران، حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارد که تعداد ۹ هزار نفر از آنها ثبت شده اند. شیوع این بیماری در زنان دو برابر مردان است. ام. اس امید به زندگی را ۱۰ سال کمتر از سن واقعی فرد می کند (برانوال، ۲۰۰۱).

یکی از خصوصیات بیماری ام. اس، غیرقابل پیش بینی بودن بیماری از فردی به فرد دیگر و در یک فرد در زمانهای مختلف است و پیش آگهی آن نیز قابل پیش بینی نیست. بیماران، علایم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی، برنامه ی درمانی مشکل، عوارض دارویی و افزایش سطح ناتوانی جسمی را تجربه می کنند (دنسون، ۲۰۰۰). با توجه به ماهیت خاص بیماری ام. اس علایم ناخوشایند و غیر قابل پیش بینی و عوارض دارویی و شیوع آن در بین جمعیت جوان (ماتی، ۲۰۱۰) توجهات خاص به برنامه های ارتقای سلامت جهت بهبود کیفیت زندگی، ضروری است (استاف برگن، ۲۰۰۳). استفاده از حمایت های اجتماعی، رویکردی است که به مشارکت فعال بیمار در مراقبت از خود می انجامد (پرسی، ۲۰۰۹) که انعکاسی از ارتقای سلامت در بیماری های مزمن است (نونان، ۲۰۱۰). گروه های حمایتی همتایان از جمله گروه های حمایتی است که در ارتقای سلامت نقش دارند (لاستر، ۲۰۰۵). گروه همتایان به اعضای گروه کمک می کند تا باهم رویکردهایی که آنها را جهت تطابق موثر با تنش ناشی از بیماری یاری می دهد، کسب کنند و در حالی که اعضا، دانش و تجربه ی خود را به اشتراک می گذارند، یکدیگر را نیز در کسب مهارت یاری می دهند. در گروه همتایان، اعضا با ارتقای درک خود از بیماری، سعی در ارتقای سلامت خود دارند. مزمن بودن این

بیماری، خود منجر به افزایش استرس ادراک شده می شود و به صورت یک چرخه می تواند فرد را در برابر بیماری های جسمانی آسیب پذیرتر سازد (پاورز، ۲۰۰۵). مطالعات نشان داده است که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون استرس و اضطراب هستند. در مطالعه ای که توسط بیسک و همکاران در نروژ روی ۱۴۰ بیمار انجام شد، نشان داد که ۱۹ درصد این بیماران از اضطراب شکایت دارند به طوری که شیوع اضطراب در این بیماران به طور معناداری از جمعیت عادی بیشتر بود (بیسک، ۲۰۰۲). مطالعات نشان داده است که حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد این بیماران از اضطراب شکایت دارند (اسموند، ۲۰۰۸) و این اضطراب بر کیفیت زندگی این بیماران موثر است. پژوهشها نشان داده است که تدابیر غیر دارویی مانند نوتوانی در درمان اضطراب و استرس بسیار سودمند است (کلوس، ۲۰۰۲). درمانهای مکمل دارای فواید زیادی برای بیماران مبتلا به ام. اس است و به طور گسترده ای توسط این بیماران استفاده می شود (هندسن، ۲۰۰۰).

پژوهشها نشان داده است که نقش باورهای افراد در بیماری و تغییر باورها و ادراکات آنها می تواند زندگی بهتر و سازگاری بیشتری به همراه داشته باشد. در میان رویکردهای روان شناختی موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از توانایی خوبی در مهار نگرشها و ادراکات فرد در برابر پیش آمدهای استرس زای زندگی برخوردار است. پژوهشها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه های مختلفی چون افسردگی (کانتر، بارچ و گینور، ۲۰۰۶)؛ سایکوزها (بیچ و هایز، ۲۰۰۲)؛ سو مصرف مواد (گیلفورد، کهلنبرگ، ۲۰۰۴)؛ فرسودگی شغلی (بون و بونچ، ۲۰۰۳) و کاهش درد (کوک و باند، هلمر و تیلستون، ۲۰۰۵) موثر بوده است. سازه و مفهوم اساسی در ACT آن است که رنج ها و تالمت روان شناختی به وسیله ی اجتناب نمودن از تجارب، همجوشی شناختی و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزشهای اساسی ایجاد می شود. هدف درمانگر ACT کاهش نشانه ها نیست اما، این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی به آن دست خواهیم یافت. ACT، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنها را به عنوان علایم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (هیز، ۲۰۰۸).

هیز، لوما، بون و ماسودا معتقدند که پیام اصلی در ACT پذیرش پیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیس

۲۰۰۶). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش<sup>۱</sup>، ناهمجوشی شناختی<sup>۲</sup>، خود به عنوان زمینه<sup>۳</sup>، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال<sup>۴</sup>، ارزشها<sup>۵</sup> و تعهد به عمل<sup>۶</sup> که در نتیجه این ۶ مفهوم اصلی به انعطاف پذیری روان شناختی خواهیم رسید، شکل می گیرد. در واقع ACT یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. هسته اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است. ACT معتقد است که درگیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آنها می شود (هیز، ۲۰۰۸). ACT به این معنا نیست که ما از مراجع بخواهیم هر موقعیتی (مانند روابط توهین آمیز) را بپذیرد اما، بهر حال برخی شرایط باید نهایتاً پذیرفته شوند چون عملاً هیچ کار دیگری جز این نمی توانیم انجام دهیم؛ به عنوان مثال، اگر خاطرات و رویدادهای گذشته، مراجع را آشفته و پریشان نموده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و باید آنها را بپذیرد و احساساتش نسبت به وقایع را تغییر دهد. قدم اول در درمان نیز شناسایی حیطه های قابل تغییر و غیر قابل تغییر است. تروماهای گذشته نمونه ای از موارد غیر قابل تغییر بوده که بهتر است پذیرفته شود (فلچر، ۲۰۰۵). این پژوهش درصدد بررسی اثربخشی این درمان بر استرس و افکار ناکارآمد در بیماران مبتلا به ام اس بود.

## روش

طرح پژوهشی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران بود که از میان آنها ۲۴ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۲ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند و با پرسشنامه های پریشانی<sup>۷</sup> و نگرشهای ناکارآمد مورد آزمون قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان ACT قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی و ۲ ماه بعد از اتمام آن، مجدداً هر دو گروه به وسیله ی پرسشنامه های پریشانی و نگرشهای ناکارآمد مورد آزمون قرار گرفتند.

1. Acceptance  
2. cognitive defusion  
3. self as context

4. contact with present moment  
5. values  
6. committed action

7. contextual  
8. Kessler Test  
9. Dysfunctional Attitude Scale

مقیاس نگرشهای ناکارآمد در سال ۱۹۷۸ توسط ویسمن و همکاران به منظور سنجش میزان نگرش ناکارآمد افراد بر مبنای پرسشنامه ی اصلی بک ساخته شده است. آزمون اصلی دارای ۴۰ عبارت و ۷ زیر مقیاس است. نسخه ی کنونی این پرسشنامه دارای ۱۰ عبارت است و به صورت تک عاملی نگرش های ناکارآمد آزمودنی را مورد بررسی قرار می دهد. این پرسش نامه، یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم ۰ تا کاملاً موافقم ۴) میزان موافقت خود با هر یک از عبارات آن را بیان کند. نمرات بین ۰ تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر حاکی از میزان بیشتر عقاید ناسازگارانه است. هرویت، ضریب همسانی درونی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کرده است. اعتبار سازه ی این آزمون از طریق روش تحلیل عاملی به اثبات رسیده است. همچنین نتیجه ی پژوهشی که نشان داده است مقیاس نگرش های ناکارآمد می تواند گروه های افسرده و غیر افسرده را از هم متمایز کند، حاکی از اعتبار افتراقی این ابزار است. در ایران ضریب پایایی پس از ۶ هفته را  $r=0/90$ ، روایی آن از طریق همبستگی نمرات DAS با نمرات افسردگی را معادل ۰/۶۵ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ به دست آورده اند. در پژوهش دیگر با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برای مقیاس نگرش ناکارآمد در ایران، پایایی ۰/۷۲ به دست آمده است (ابراهیمی، ۲۰۰۹).

پرسشنامه ی ارزیابی پریشانی روانشناختی کسلر ۱۰ (K10) ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می کند. این پرسشنامه توسط کسلر و همکارانش در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شده است. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) است و بین (۰-۴) نمره گذاری می شود. حداکثر نمره در (K10) برابر ۴۰ است (کسلر، ۲۰۰۳). فوروکاوا، کسلر، اسلید، آندروز (۲۰۰۱) در یک مطالعه ی کشوری، پرسشنامه K10 را مورد اعتباریابی قرار دادند. آنها نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K10 کارایی بالایی دارد (ویکتورین، ۲۰۰۱). وزیر و لطفی کاشانی در یک مطالعه ی پژوهشی، پایایی پرسشنامه ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ بدست آوردند (وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۰).

### شیوه ی اجرا

در این پژوهش ابتدا طی فراخوانی لیستی از افراد مبتلا به ام. اس بیمارستان امام خمینی که داوطلب شرکت در جلسات آموزش ACT بودند، تهیه شد سپس از میان آنها ۲۴ نفر انتخاب شده و به صورت

تصادفی به دو گروه ۱۲ نفری تقسیم شدند، سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. در جدول ۱، خلاصه ای از پکیج درمانی ACT ارایه شده است.

### جدول ۱: پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاددهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت

جلسه ششم: ارایه ی باز خود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارایه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن

جلسه هفتم: ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی باز خود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون

با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش و پس آزمون، در این پژوهش برای این منظور، بعد از تایید مفروضه های کواریانس، از تحلیل کواریانس استفاده شد و داده ها با شانزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی نمرات در سه مرحله ی پیش، پس و پیگیری را به تفکیک گروه آزمایش و گواه نشان می دهد.

**جدول ۲: مولفه های توصیفی نمره‌هایی پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه**

کنترل		آزمایش			
sd	M	sd	M		
۴/۸۸۶	۱۲/۶۶	۶/۸۰۹	۲۵	پیش آزمون	پریشانی
۹/۴۷۷	۱۳/۶۶	۵/۰۳۵	۱۱/۰۸	پس آزمون	
۹/۳۹	۱۲/۵۹	۵/۰۱	۱۰/۱۲	پیگیری	
۴/۴۱	۱۴/۶۶	۴/۰۲	۱۵/۲۰	پیش آزمون	نگرشهای ناکارآمد
۴/۷۶	۱۷۶/۱۹	۵/۸۱	۱۸۷/۰۱	پس آزمون	
۴/۶۹	۱۷۵/۲۱	۵/۶۷	۱۸۱/۱۱	پیگیری	

نتایج آزمون لون نشان می دهد که معناداری مقادیر F محاسبه شده از ۰/۰۵ بزرگتر است (۰/۳۱۴ و ۰/۳۹۴) و داده‌ها، مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سوال نبرده‌اند؛ به علاوه، با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش آزمون پریشانی و گروه معنادار نیست؛ داده‌ها از فرضیه ی همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین، اجرای کواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون متغیرها و گروه، جایز است. نتایج تحلیل کواریانس با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون پریشانی و نگرشهای ناکارآمد گروه های آزمایش و کنترل، نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد.

**جدول ۳: خلاصه تحلیل کواریانس نمرات آزمودنی‌ها**

Eta	Sig.	F	M	df	SS	منبع
۰/۹۵۷	۰/۰۰۱	۵۹۶/۰۲۰	۵۵۸/۷۱۸	۱	۵۵۸/۷۲	پیش آزمون
۰/۵۶۷	۰/۰۰۱	۳۵/۴۲۲	۳۳/۲۰۵	۱	۳۳/۲۱	گروه پریشانی

			۰/۹۳۷	۲۱	۲۵/۳۱	خطا
۰/۲۹۵	۰/۰۰۷	۸/۸۰۶	۲۶۵/۱۹۵	۱	۲۶۵/۱۹	پیش آزمون
۰/۲۹۵	۰/۰۰۷	۸/۷۸۹	۲۶۴/۶۶۱	۱	۲۶۴/۶۶	نگرشهای ناکارآمد گروه
			۳۰/۱۱۴	۲۱	۶۳۲/۳۹	خطا

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، F محاسبه شده در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است و نتایج نشان داد میان آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل، در پریشانی ( $F=۳۵/۴۲۲, P<۰/۰۰۱$ ) و نگرشهای ناکارآمد ( $F=۸/۷۸۹, P<۰/۰۰۱$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که با ثابت نگه داشتن نمرات پیش آزمون در هر دو گروه، نمرات پس آزمون در دو گروه به طور معناداری تفاوت دارد. بنابراین تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد معنادار بوده است. بنابراین، شواهد کافی برای تایید فرضیه پژوهش وجود دارد. مقایسه ی نمرات گروه آزمایش در پس تست و پیگیری نشان می دهد که میانگین نمرات پریشانی و نگرشهای ناکارآمد تفاوت معناداری وجود نداشته است؛ به عبارت دیگر می توان گفت که این نمرات پایداری معناداری نشان داده است.

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های به دست آمده نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی و نگرشهای ناکارآمد بیماران مبتلا به ام. اس موثر است. در تبیین این یافته می توان گفت که در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه ی فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارتهای ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. درمان ACT افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، ناشی می شود (فرمن و هربرت، ۲۰۰۸). در این درمان تمرینهای تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، همگی منجر به کاهش شدت افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام. اس شد. در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه



های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه ی فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به افراد آموزش داده شد که در درمان ACT چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل پذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیتهای هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند.

بدین وسیله از تمامی پرسنل بیمارستان امام خمینی و بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان با ما همکاری کردند، کمال تشکر را داریم.

#### References

- Aghabagheri, H., Mirzaian, B., Mohammadkhani, P., & Omrani, S. (2011). The effectiveness of mindfulness-based group cognitive therapy in reduction of depression in patients with multiple sclerosis. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. Vol. 6, No. 23. Pages 75-82. (Persian)
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129- 1139.
- Beiske, A., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E., Aarseth, J., & et al. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*. 15(3): 239-45.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *J Applied Psychology* 2003;88:1057-1067.
- Braunwald, F., Kasper, H., & Longo, J. (2001). "Harrison's principle of internal medicine". 15th ed. New York. McGraw Hill Co. PP: 2452-2461
- Currie, R. (2001). Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis. *Nursing Standard*, 15(33), 47-52.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. A. (2009). Review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*. 29(2):141-153.
- Donna, J. B., & Cathy, B. (2002). An overview of assistive technology for persons with Multiple Sclerosis. *Journal of Rehab Res Develop*, 39(2), 299-312.
- Esmonde, L., & Long, A. F. (2008). Complementary therapy use by persons with multiple sclerosis: Benefits and research priorities. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 14(3): 176-84.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2008). *New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies*, chapter to appear in wo'donohue, je. fisher, (eds), cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice, 2nd ed. Hoboken, Wiley; 2008:263-265.

- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., & Hayes, S. C. (2004). *Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML. Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation*. Behavior Therapy, 35: 689-705.
- Hansen, M. (2000). *Cancer nursing. Principles and practice*. 5th ed. London: Jones & Bartlett.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., & Gregg, J. (2001). *Practice guidelines and the industrialization of behavioral healthcare delivery*. In N. Cummings, W. T. O'Donohue, S. C. Hayes, & V. M. Follette (Eds.), *Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice* (pp. 211-249). New York: Academic Press.
- Holland, N. J., & Madonna, M. (2005). "Nursing grand journal multiple sclerosis". *Journal neurosci*, 37 (1). PP:15-19.
- Jopson, N. M., & Moss, M. R. (2003). The role of illness sererity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *Psychosomatic research*, 54, 503-511.
- Kanter, J. W., Baruch, D. E., & Gaynor, S. T. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison*. The Behavior Analyst 2006;29:161- 185.
- Kenner, M., Menon, U., & Elliott, D. G. (2007). Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol*, 79, 303-321.
- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance and controlbased ping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *Euro J Pain*. 2005; (9): 591-598.
- Kloss, J. D., & Lisman, S. A. (2002). An exposurebased examination of the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology*. 7(1):31-46.
- Lassiter, P. G. (2005). In: Stanhope M and Lancaster J editors. *Community Health Nursing*. 6th Edition. Philadelphia: Mosby; 2005:p.540-556.
- Matti, A. I., Keane, M. C., McCarl, H., Klaer, P., & Chen, C. S. (2010). Patients'knowledge and perception on optic neuritis management before and after an information session. *BMC Ophthalmolog*. [serial online]. 10 (7):[ 6 screens]. Available from:<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2415-10-7.pdf>.
- Mc Cabe, P. M. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomat Res*, 59, 161-66.
- Mohammadkhani, P., Dobson, S. K., Amir, M., & Ghafari, F. H. (2010). Psychometric property of the brief symptom inventory in a sample of recovered Iranian depression patient. *Journal of clin and heaith psycho*, 10, 451-551. (Persian).
- Mokhtari, S. (2012). Effectiveness of cognitive – behavioral approach to group on depression in patients with Multiple Sclerosis. *Psychology*[thesis]. Isfahan University. (Persian).
- Noonan, C. W., Williamson, D. M., Henry, J. P., Indian, R., Lynch, S. G., Neuberger, J. S., & et al. (2010). The prevalence of multiple sclerosis in 3 US communities. *Preventing Chronic Disease* . 7(1):A12.
- Percy, C. A., Gibbs, T., Potter, L., & Boardman, S. (2009). Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10):2046-2055.
- Rasova, K., Havrdova, E., Brandejsky, P., Zalisova, M., Foubikova, B., & Martinkova, P. (2006). "Comparison of the influence of different rehabilitation programmes on clinical, spirometric and spiroergometric parameters in patients with multiple sclerosis". *Mult Scler*, 12:PP: 227-34.
- Stuifbergen, A. K., Becker, H., Blozis, S., & et al. (2003). A randomized clinical trial of a wellness intervention for women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 84(4):467-476.
- Vaziri, Sh., & Lotfi Kashani, F. (2011). Validity of Distress Scale among Iranian population. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, in peress. (Persian).

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 34), pp.57-66, 2014

### **The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS**

**Sheydayi Aghdam, Shovan**

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

**Shamseddini lory, Salvi**

Islamic Azad University & Member of Young Researchers Club, Roudehen, Iran

**Abassi, Somaye**

Islamic Azad University of Roudehen, Roudehen, Iran

**Yosefi, Sara**

Islamic Azad University of Roudehen, Roudehen, Iran

**Abdollahi, Safiye**

Islamic Azad University of Kish, Kish, Iran

**Moradi joo, Mohammad**

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: Oct 21, 2013

Accepted: March 08, 2013

Multiple sclerosis is the most common chronic disease of the central nervous system associated with demyelination of nerve neurons. This disease causes the person to have stress, depression and distress and affects the sensory and motor function. The aim of this study was to evaluate the efficacy of treatment based on acceptance and commitment in reducing dysfunctional thoughts and the distress of MS patients. For this purpose, 24 people were selected from the patients who referred to Imam Khomeini hospital in Tehran. They were randomly divided into two groups of experiment and control. Both groups were tested both before and after the training sessions and 2 months later, in terms of the amount of distress and dysfunctional thoughts. The experimental group participated in 8 sessions of treatment based on acceptance and commitment. The control group did not undergo any training. The results of analysis of covariance indicated that acceptance and commitment therapy is effective in reducing dysfunctional thoughts and distress in patients with multiple sclerosis. Therefore, using this method patients are helped to reduce distress, dysfunctional thoughts and the spread of distress and dysfunctional thoughts.

**Keywords:** treatment based on acceptance and commitment, distress, dysfunctional thoughts

*Electronic mail may be sent to: mahoor\_princes@yahoo.com*