

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به اضطراب

بیماری

سپیده مبارکی^{۱*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۴۰۲، صفحات ۳۴۱-۳۳۲

چکیده

هدف این مطالعه بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به اضطراب بیماری بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که بدین منظور از جامعه آماری که شامل افراد مبتلا به اضطراب بیماری بود و جهت درمان طی ماه‌های فروردین تا تیر ۱۴۰۲ به مراکز درمانی یا مشاوره شهرستان خوی مراجعه کرده بودند تعداد ۳۰ نفر به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه درمان هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفت و گروه کنترل در این زمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس نگرش به بیماری کلنر و پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر بود که به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد و نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش و کنترل از نظر اضطراب مرگ و اضطراب بیماری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$). بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر در کاهش اضطراب بیماری استفاده کرد.

کلیدواژه: اضطراب مرگ، اضطراب بیماری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

مقدمه

اختلال اضطراب بیماری که پیش از این تحت عنوان اختلال هیپوکندریا و در زیرمجموعه اختلالات سوماتیک طبقه‌بندی می‌شد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) در نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی در طبقه اختلالات سوماتیک سمپتوم و اختلالات مرتبط به آن طبقه‌بندی می‌شود. بنا بر ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳)، اختلال اضطراب بیماری به مشغله ذهنی با بیماری جدی اشاره دارد. این بیماران معمولاً در هر زمان با فکر ترس از یک بیماری خاصی اشتغال ذهنی دارند. با این حال ممکن است طی دوره اضطراب بیماری آن‌ها با چندین بیماری مختلف اشتغال ذهنی داشته باشند. این مشکل با افزایش سطح اضطراب، همواره فرد را نسبت به وضعیت سلامتی‌اش گوش‌به‌زنگ نگه می‌دارد و به رفتارهای اجتنابی یا مراقبتی افراطی می‌انجامد. ترس از بیماری در افراد مبتلا به اضطراب بیماری خصوصیات معینی دارد. این ترس مشابه ترس مرضی است که کانون تمرکز مشخص واضحی دارد: بیماری و در نتیجه مرگ. بدین معنا که، احتمال دارد این افراد خود را در معرض خطر بالای مرگ در اثر یک بیماری خطرناک بدانند (وک، نگ، گولر و مولر- مارباچ، ۲۰۱۴، به نقل از قربانعلی پور و همکاران، ۱۳۹۰). حال با توجه به اینکه، مرگ به‌منزله از دست رفتن بدن و کارکردهای حیاتی آن بوده و به علت اینکه این افراد هراس را از درون خود و بدن تجربه می‌کنند، این فرض قابل استدلال است که بخش عمده‌ای از این افکار ناشی از اضطراب مرگ باشد. اضطراب مرگ، حالتی است که در آن فرد، دلهره، نگرانی و یا ترس مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند (سان و هونگ، ۲۰۱۹). اضطراب مرگ به‌عنوان یک ترس غیرعادی و مرضی از مرگ است که همراه با احساساتی همچون وحشت از مرگ یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مردن رخ می‌دهد، می‌باشد (ساریکایا و بالوگلو، ۲۰۱۶؛ جمادر و کوماری، ۲۰۱۹). در پژوهش‌هایی مرتبط، سالکووسکیس و کلارک (۱۹۹۳) معتقدند که اضطراب مرگ در خودبیمارپنداری، خود را به شکل هراس و گمان در خصوص مرگ به واسطه یک بیماری کشنده یا درمان ناپذیر نمایان می‌سازد. استارسویک (۲۰۰۵) نیز بر این باور است که این بیماران اشتغال ذهنی غیرقابل کنترل و مفرطی با موضوع مرگ داشته و هراس آن‌ها از مرگ، مرضی است (فرر و والکر، ۲۰۰۵). همان‌طور که ذکر شد، ویژگی اصلی اختلال اضطراب بیماری اشتغال ذهنی با ترس از داشتن یک بیماری جدی است. این اشتغال ذهنی، مداوم و بیش‌ازحد ناتوان‌کننده بوده و به دلیل استفاده‌ی زیاد از خدمات بهداشتی درمانی و ایجاد اختلال در عملکرد افراد موجب رنج خود فرد و نزدیکانش می‌شود (اولاتونجی، دیاکون و آبراموویتز، ۲۰۰۹؛ نوبی، هابز، ماهونی، ونگ و آندروز، ۲۰۱۷). این اختلال با محدودیت‌ها و آسیب‌های قابل توجهی از جمله غیبت در انجام کار، محدودیت‌های جسمی، اختلال در عملکرد اجتماعی و خانوادگی و هزینه‌های اقتصادی مربوط به مراقبت‌های پزشکی همراه است (بختی، ۲۰۱۱؛ نوبی و همکاران، ۲۰۱۷). شیوع اضطراب بیماری، مراجعات مکرر به سیستم‌های درمانی، لزوم شناخت درمان‌های مؤثر مرتبط با این مشکل را ایجاب کرده‌اند. در همین راستا می‌توان گفت که درمان‌های اولیه با تأکید روی علائم فیزیولوژیک و بدنی، روش‌های رفتاری را برای درمان پیشنهاد می‌کردند. با این‌وجود پس از شناسایی و پررنگ شدن جنبه‌های شناختی اضطراب بیماری در DSM-5، راهبردهای درمانی نیز بهره‌گیری از روش‌های شناختی را در درمان این اختلال به کاربردند. به‌رغم اثربخشی بالینی درمان‌های شناختی- رفتاری در کاهش علائم تا جایی که مطالعات نشان می‌دهد غالب این مطالعات از روش‌ها و فنون سنتی درمان شناختی- رفتاری سود جسته‌اند و

نابسنندگی آنها در جلوگیری از عود علایم، بالینگران را به بهره‌گیری از تحولات نوین در حوزه‌ی شناخت درمانی سوق داده است. از این‌رو مطالعات اخیر رویکردهای جدید موسوم به موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری را در درمان اضطراب بیماری مورد بررسی قرار داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از آنهاست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شکل جدید رفتاردرمانی است و مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه‌ای است (بیگلان، هایز و پیستورلو، ۲۰۰۸). این رویکرد در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد (گادیانو و هربرت، ۲۰۰۶). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزاردهنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند. به‌طور کلی اختلالاتی که در آنها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونی‌اش ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر شکل یا فراوانی این رویدادها و زمینه‌هایی که آنها را باعث شده‌اند برمی‌دارد، حتی زمانی که تلاش برای چنین کارهایی تأثیری منفی بر کیفیت زندگی‌اش دارد، اجتناب تجربه‌ای نامیده می‌شوند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن (هایز، ۲۰۱۶). پژوهش‌های چندی در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت گرفته است. از جمله: کشاورز افشار، رافعی و میرزایی (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند اضطراب فراگیر آزمودنی‌های گروه آزمون را در سطح معنادار کاهش دهد. این کاهش در خصوص اضطراب ذهنی، بدنی، هراس، کمرویی، اضطراب جدایی و نیاز به تأیید بیماران بسیار مطلوب بود. نتایج پژوهش مؤمنی، شایگان منش و آقاجانی (۱۳۹۹)، نشان داد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود خودپنداره، کاهش افسردگی و کاهش معنادار علائم پرخوری گروه آزمایش گردیده است. با توجه به اینکه، پژوهشی که در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری انجام شده باشد، در دسترس نیست، نیاز به انجام پژوهش در این حیطه را ضروری می‌نماید. لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ افراد به اختلال اضطراب بیماری انجام گرفت.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری که برای درمان طی ماه‌های فروردین تا تیر ۱۴۰۲ به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهرستان خوی مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهد. برای نمونه ۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) گمارده شدند.

ملاک‌های ورود

-داشتن سن ۱۸-۵۰

-کسب نمره بالاتر از ۶۰ در مقیاس نگرش به بیماری

-فرد تحت درمان دیگری مثل دارودرمانی نباشد.

ملاک‌های خروج

-سن بالای ۵۰

-ابتلا به اختلال روانی شدید

-شرکت در جلسات روان‌درمانی مشابه یا تحت دارودرمانی بودن

ابزارهای پژوهش

مقیاس نگرش به بیماری: ابزار پژوهش عبارت بود از مقیاس نگرش به بیماری (IAS)، این پرسشنامه در سال ۱۹۸۶ توسط کلنر ساخته شد که شامل ۲۹ پرسش در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود (۰=هرگز، ۱=بندرت، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب اوقات و ۴=همیشه) و به‌منظور اندازه‌گیری خودبیمارپنداری پنداری طراحی شده است. نمره کلی مقیاس نگرش نسبت به بیماری در دامنه‌ای از صفر تا ۱۰۸ قرار دارد. فرم اصلی این مقیاس شامل ۹ زیرمقیاس است که هرکدام از ۳ سؤال تشکیل یافته‌اند و نمره بالا در هرکدام از زیرمقیاس‌ها بیانگر ناهنجاری در آن زیرمقیاس می‌باشد. در این پرسشنامه دو آیت ۲۲ و ۲۶ نیز اطلاعات اضافی را ارائه می‌کنند ولی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شوند. زیرمقیاس‌های ذکرشده عبارت‌اند از: ۱- نگرانی درباره سلامتی ۲- نگرانی در خصوص درد ۳- آیین‌های سلامتی ۴- باورهای خودبیمارپندارانه ۵- هراس از مرگ ۶- هراس از بیماری ۷- اشتغال ذهنی با بدن ۸- تجربه درمان و ۹- تأثیر علائم می‌باشد؛ اما در پژوهش‌های بعدی که در خصوص ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت هاجیستا و پولوس و آسماندسون (۱۹۹۸) ۵ عامل را مورد شناسایی قرار دادند. در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و همکاران (۱۳۸۵) بر روی ۹۲۹ دانشجوی دانشگاه شاهد مورد بررسی قرار گرفته است. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۳، ۱۰، ۴ و ۳ آیت هستند. اعتبار تشخیصی پژوهش فوق حاکی از آن است که ۴ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم و رفتار سلامتی به‌طور معناداری بیماران دارای مشکلات روان‌شناختی را از آزمودنی‌های سالم متمایز می‌کند. بررسی همسانی درونی زیرمقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیرمقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). همچنین در این پژوهش مشخص شد که بین عامل ۱، ۲ و ۴ با مقیاس خودبیمارپنداری MMPI و بین عامل ۱ و ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی SCL-90-R و بین عامل ۳ با خرده مقیاس نشانه‌های بدنی GHQ رابطه متوسط وجود دارد و تنها بین عامل ۵ با مقیاس‌های دیگر رابطه معنادار وجود ندارد (عطری فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

مقیاس اضطراب مرگ: در پژوهش حاضر جهت سنجش اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب مرگ که توسط تمپلر (۱۹۷۰) تهیه شده است استفاده گردید. این مقیاس ۱۵ ماده دارد و نگرش شرکت کنندگان را به مرگ می سنجد. شرکت کنندگان پاسخ های خود را به هر سؤال با گزینه های بلی یا خیر مشخص می کنند که پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب مرگ در فرد است. بدین ترتیب نمره های این مقیاس می تواند در دامنه ای بین صفر تا پانزده قرار گیرد و هرچه نمره فرد بیشتر باشد، نشان دهنده وجود اضطراب مرگ بیشتر در او است. تمپلر (۱۹۷۰) روایی این مقیاس را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار (۰/۲۷) و مقیاس افسردگی (۰/۴۰) گزارش کرده است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش کرده است. سبادو و گومز بنبتو (۲۰۰۲) نیز ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۳ گزارش کرده اند. ولیزاده و احمدی (۱۴۰۰) در پژوهش خود ضریب پایایی این مقیاس را از طریق روش کودر- ریچاردسون ۰/۸۵ گزارش کردند. بعد از انتخاب گروه های نهایی پژوهش، از آزمودنی های هر گروه خواسته شد در یک جلسه توجیهی شرکت کنند در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. همچنین در این جلسه فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد، همچنین به مراجعان این اطمینان داده شد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه ها محرمانه خواهد بود و در اختیار هیچ فرد یا سازمانی قرار نمی گیرد و نتایج به صورت گروهی و بدون ذکر نام مراجعان ارائه خواهد شد. در این جلسه مراجعان پرسشنامه نگرش به بیماری و مقیاس اضطراب مرگ را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایشی در ۸ جلسه درمان هفتگی ۶۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر اساس پروتکل ارائه شده توسط بنت و الیور (۲۰۱۹) را دریافت کردند و در این مدت گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه مجدداً ابزارهای پژوهش را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند؛ و جهت تجزیه تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. جلسات درمانی برای گروه آزمایشی به صورت فردی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد.

یافته ها

ابتدا شاخص های توصیفی مربوط به نمرات اضطراب مرگ و اضطراب بیماری آزمودنی ها شامل میانگین و انحراف معیار نمرات هر دو گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه گردید. به منظور تعیین معنادار بودن تفاوت میان گروه های آزمایش و کنترل در زمینه اضطراب مرگ و اضطراب بیماری و کنترل اثر پیش آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون در قسمت آمار استنباطی آورده شد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب مرگ و اضطراب بیماری افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری

مراحل گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	۶۷/۳۳	۶/۹۵	۵۰/۷۳	۶/۵۴
آزمایش	۷۲/۱۶	۷/۳۴	۷۰/۶	۶/۵۱
کنترل	۹۶/۴۸	۷/۶۷	۵۴/۴۲	۵/۲۳
اضطراب بیماری	۹۳/۳۱	۷/۵۶	۸۹/۱۳	۶/۷۵
کنترل				

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمرات اضطراب مرگ و اضطراب بیماری در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، کاهش محسوسی را در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون نشان داد. همچنین، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات اضطراب مرگ و اضطراب بیماری در هر دو گروه، قبل از مداخله تفاوت چندانی باهم ندارند، اما پس از انجام مداخله در گروه آزمایش، میانگین نمرات اضطراب مرگ و بیماری کاهش یافته است؛ بنابراین، به‌منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و تعیین معناداری و همچنین به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌هایی می‌باشد. لازم به ذکر است پیش‌فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیر پژوهش موردبررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لون و کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری

آزمون لون آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

آزمون لون		آزمون کالموگروف-اسمیرنوف	
متغیر	F	P	Z
اضطراب مرگ (پس آزمون)	۰/۶۸	۰/۴۱۰	۰/۸۵
			P

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها (آزمون لون) و نرمال بودن (آزمون کلموگروف-اسمیرنوف) برای متغیر اضطراب مرگ تأیید شد. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۳، آورده شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات کل اضطراب مرگ گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون (نتایج تحلیل

کوواریانس)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر توان آماری
اضطراب مرگ (پس آزمون)	پیش آزمون	۳۹۸/۳۳	۱	۳۹۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
عضویت گروهی		۲۴۱/۱۴	۱	۲۴۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰

با توجه به نتایج جدول ۳ نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار بعد از کنترل متغیر پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات اضطراب مرگ در مرحله پس‌آزمون بود ($P < ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش اضطراب مرگ در اختلال اضطراب بیماری ۰/۸۴ است، یعنی ۸۴ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده، مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله درمانی است ($P < ۰/۰۰۱$). این امر نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ در آزمودنی‌های گروه

آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید. به منظور بررسی تفاوت نمرات اضطراب بیماری در پیش آزمون و پس آزمون، نیز از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است و نتایج آن در جدول ۴، آورده شده است.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات کل اضطراب بیماری گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از کنترل متغیر پیش آزمون در مرحله پس آزمون (نتایج تحلیل کوواریانس)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر توان آماری
اضطراب بیماری (پس آزمون) پیش آزمون	۵۰۹/۹۴۸	۱	۵۰۹/۹۴۸	۱۲/۰۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
عضویت گروهی	۳۹۶/۲۰۱	۱	۳۹۶/۲۰۱	۱۶/۵۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰

با توجه به نتایج جدول ۴، نتایج بیانگر وجود تفاوت معنادار بعد از کنترل متغیر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات اضطراب بیماری در مرحله پس آزمون بود ($P < 0/001$). میزان تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش اضطراب بیماری ۰/۷۲ است، یعنی ۷۲ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده، مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله درمانی است ($P < 0/001$). این امر نشان‌دهنده آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در نهایت باعث کاهش اضطراب بیماری در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب بیماری انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری شده است، همچنین اضطراب بیماری نیز در این افراد کاهش یافته است. بر اساس این یافته پژوهشی، تاکنون پژوهش‌های مشابهی در جمعیت افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری صورت نگرفته است، اما این نتایج را می‌توان در یک بافت کلی با نتایج مطالعاتی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان داده‌اند همسو دانست (ولی زاده و احمدی، ۱۴۰۰؛ هولز و همکاران، ۲۰۱۶؛ عین بیگی و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که، افراد مبتلا به اضطراب بیماری، توجه انتخابی بیشتر بر علائم بدنی و تمایل شدیدتری به کشف نشانه‌های جسمانی در خوددارند (به نقل از داوودی، نرگسی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۱). در این افراد، اشتغال ذهنی با بدن و اعمال بدن مشخصه کلیدی می‌باشد (بارلو و دیورند، ۱۹۴۲، به نقل از فیروزبخت، ۱۳۹۴). همچنین در این افراد ترس از پیر شدن و مرگ وجود دارد (به نقل از گنجی، ۱۳۹۲) و خود را تحت خطر بالایی برای مرگ در اثر ابتلا به بیماری جسمانی خطرناک می‌دانند، می‌توان گفت، این افراد هراس خود از مرگ را به شکل هراس از بدن و بیماری نشان می‌دهند (فیرستون و کنتل، ۲۰۰۹) بدین معنا که، تهدید ادراک شده از جانب افراد دارای اضطراب بیماری، از بدنشان ناشی می‌شود و از آنجاکه بدن بخش عمده‌ای از خودانگاره افراد را در ذهن می‌سازد، هنگامی که در آن تغییری به وجود می‌آید، نه تنها فقدان یک عملکرد بدنی حس می‌شود، بلکه نوعی احساس روان‌شناختی از دست دادن یکپارچگی خویش نیز حاصل می‌شود (وفایی، عسگری زاده و رحمتی، ۱۳۹۰) در نتیجه و با توجه به اینکه مرگ، مشتمل بر فروپاشی بدن و کارکردهای آن است، می‌توان گفت که بخش عمده‌ای از هراس افراد مبتلا به اضطراب بیماری، شامل هراس از مرگ می‌شود (هایبرت و همکاران، ۲۰۰۵)؛ بنابراین اضطراب مرگ بالا باعث تمرکز بیشتر افراد بر روی خود و در نتیجه تشدید احساسات بدنی

فرد می‌شود و از طرفی تشدید احساسات بدنی منجر به اضطراب مرگ بالا می‌شوند و این جریان، یک دور باطل ایجاد می‌کند. در نتیجه، در صورت برطرف شدن اضطراب مرگ افراد، میزان ادراک تهدید بدنی و در نتیجه، اضطراب بیماری نیز کاهش می‌یابد. با توجه به آنچه گفته شد و بر اساس نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر، تمرکز بر اضطراب مرگ و کاهش آن، موجب حذف یا کاهش اضطراب بیماری ناشی از آن شد. برای رسیدن به این هدف در درمان رفتارهای اجتنابی (وارسی و اطمینان بخشی) که این افراد برای کاهش اضطراب خود استفاده می‌کنند مدنظر قرار گرفت. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از فنون پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و فنون ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب مرگ را بهبود می‌بخشد (پلاگمن و همکاران، ۲۰۲۰). روش های تجربی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران این امکان را می‌دهد که با توقف نشخوارهای فکری مرتبط با اطمینان جویی مفرط و واریسی مکرر رویکرد کارآمدتری در قبال نگرانی‌های مرتبط با بیماری اتخاذ نمایند. این موجب می‌شود که افراد ادراک واقع گرایانه تری از علائم بیماری داشته باشند (هایز، استروسال، بانتینگ، توهیگ و ویلسون، ۲۰۰۴). با این توصیف می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبرد مؤثری در بهبود اضطراب مرگ مبتلایان به اختلال اضطراب بیماری بود.

از محدودیت‌هایی این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خود گزارش دهی اشاره نمود که ممکن است افراد در ابراز مشکلات خود و پاسخ به پرسشنامه‌ها صداقت و دقت کامل را به خرج نداده باشند. عدم وجود مرحله پیگیری و در نتیجه در دست نبودن اطلاعاتی از تداوم تغییر و یا ثبات نتایج محدودیت دیگر پژوهش است. نتایج این مطالعه برای برنامه ریزان و مشاوران اشارات کاربردی دارد و به طور حتم مورد استفاده قرار می‌گیرد. پیشنهاد می‌گردد به عنوان یکی از روش‌های مداخله‌ای در افراد مبتلا به اختلال اضطراب بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- بارلو، دیوید اچ؛ و دیورند، وی مارک. (۱۹۴۲). آسیب شناسی روانی. ترجمه: مهرداد فیروزبخت. (۱۳۹۶). تهران: رسا، چاپ سوم.
- داوودی، ایران؛ نرگسی، فریده؛ و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۱). باورهای ناکارآمد و صفات شخصیتی در معلمان دارا و فاقد اضطراب سلامتی. فصلنامه علمی- پژوهشی جنتا شاپیر.
- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمد رضا و اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۸۵). ساخت عاملی و ویژگیهای روانسنجی مقیاس بازخورد نسبت به بیماری در نمونه‌های ایرانی. مجله دانشور رفتار، ۱۶، ۵۷-۷۰.
- قربانعلی پور، مسعود؛ سلیمان نژاد، اکبر؛ و مهران فر، سحر. (۱۳۹۰). افکار خودبیمارپندارانه در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی مازور. مجله پزشکی ارومیه، ۲۲ (۳)، ۲۲۹-۲۲۳.
- کشاورز افشار، رافعی و میرزایی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب فراگیر. نشریه پایش، ۱۷ (۳)، ۲۹۶-۲۸۹.

■ گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5. تهران: ساوالان. چاپ دوم

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed. Text revised): Washington.
- Azami, E., Hajsadeghi, Z., Yazdi-Ravandi, S. (2017). The comparative study of effectiveness of training communication and emotional skills on parenting stress of mothers with autism children. **Zanko Journal of Medical Sciences**, 18(56), 1-11. [Persian]
- Bakhti, M. (2011). Relationship between attachment styles and alexithymia with hypochondriasis in nonclinical population the students of ferdowsi university of Mashhad. Master's Degree in General Psychology. **Mashhad Ferdowsi University**. [Persian].
- Biglan, A., Hayes, SC., Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. **Prevention Science**, 9(3), 139-152.
- Firestone, R. C. (2009). Beyond death anxiety. **New York: Springer Publishing Company** Furer, P., & Walker, J. R. (2005). Treatment of Hypochondriasis with exposure. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 35, 251-267.
- Gaudiano, BA., Herbert, JD. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. **Behaviour Research and Therapy**, 44(3), 415-437.
- Hajsadeghi, Z., Yazdi-Ravandi, S., Pirnia, B. (2018). Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. **International Journal of Cancer Management**, 11(11), e67019.
- Hayes, SC. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. **Behavior Therapy**, 47(6), 869-885.
- Hayes, SC., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., Wilson, KG. (2004). What is acceptance and commitment therapy.? In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. **Boston, MA:Springer**, 3-29.
- Hiebert, C., Furer, P., Mc Phail, C., & Walker, J.R. (2005). Death anxiety: a central feature of hypochondriasis. **Depression and Anxiety**, 22, 215- 217.
- Jamadar, C., & Kumari, A. (2019). Forgiveness and death anxiety in tribes. **Motivation and Emotion**, 12(1), 152-166.
- Newby, JM., Hobbs, MJ., Mahoney, AE., Wong, SK., Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. **J Psychosom Res**, 101, 31-37.
- Olatunji, BO., Deacon, BJ., Abramowitz, JS. (2004). Is hypochondriasis an anxiety disorder? **Br J Psychiatry**, 194(6), 481-482.
- Ploughman, M., Downer, M., Pretty, R., Wallack, E., Amirkhanian, S., Kirkland, M., et al. (2020). The Impact of resilience on healthy aging with multiple sclerosis. **Quality of Life Research**, 29(10), 79-2769.
- Salkovskis, P. M., & Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. **Advances in Behavior Research and Therapy**, 15 (1), 23- 48.
- Sarıkaya, Y., & Baloglu, M. (2016). The development and psychometric properties of the turkish death anxiety scale (TDAS). **Death studies**, 40(7), 419-431.
- Starcevic, V. (2005). Fear of death in hypochondriasis: Bodily threat and its treatment in implications. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 35 (3), 227- 237.

- Sun, Y., & Huang, J. (2019). Psychological capital and innovative behavior: Mediating effect of psychological safety. **Social Behavior and Personality**, 47(9), 1-7.