

بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به صورت آنلاین بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در دوران

قرنطینه ناشی از بیماری کرونا

شادی وفادار^۱

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، آذربایجان غربی، ایران. (نویسنده مسئول).

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دوازدهم، زمستان ۱۴۰۰، صفحات ۲۳-۱۲

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد به صورت آنلاین بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در دوران قرنطینه ناشی از بیماری کرونا بود. تحقیق حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی است. پژوهش حاضر، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود که از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه پژوهش حاضر کلیه افرادی بودند که در خلال دوره پاندمیک کرونا دچار مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری شده بودند. نمونه پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از افراد درگیر کرونا در استان آذربایجان غربی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شده بودند. اعضای نمونه در ۲ مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و مقیاس تحمل ابهام مک لین (۱۹۹۳) پاسخ دادند. نتایج به وسیله نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. نتایج آنکوا نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت آنلاین بر تحمل ابهام ($P=0/000$ $F=67/199$) و اضطراب مرگ ($P=0/000$ $F=148/902$) در دوره‌ی پاندمیک کرونا مؤثر بوده است. لذا از این روش درمانی می‌توان در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی در این دوران بهره برد.

واژه‌های کلیدی: شبکه‌های اجتماعی، طلاق، رضایت زناشویی.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره سوم، شماره دوازدهم، زمستان ۱۴۰۰

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی
علوم تربیتی

مقدمه

در ۳۱ دسامبر سال ۲۰۱۹ (۱۰ دی ۱۳۹۸) نوعی همه‌گیری پنومونی آتپیک بر اثر ابتلا به ویروس جدید کرونا^۱ در شهر ووهان چین گزارش شد (وو و لنگ^۲، ۲۰۲۰). بیشترین موارد ابتلا در کشورهای آمریکا، چین، ایتالیا، اسپانیا، کره جنوبی، ایران و ژاپن بوده است (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۲۰). نشانگان اولیه کووید-۱۹ شامل پنومونی، تب، دردهای عضلانی و خستگی تعریف شده است. همچنین تا به امروز هیچ واکسن یا داروی ضدویروسی موفقیت‌آمیزی برای درمان کرونا ویروس نوین از نظر بالینی تأیید نشده است و تنها راه پیشگیری از ابتلا به این بیماری و کنترل عفونت، رعایت اصول بهداشتی توسط عموم مردم (فرونش و همکاران، ۲۰۲۰)، برنامه‌ریزی و اقدامات کنترلی و پیشگیرانه مناسب از شکل‌گیری تجمعات انسانی و قرنطینه است (علی محمدی و سپندی، ۲۰۲۰). قرنطینه^۴ یعنی جدایی و محدود کردن حرکت و رفت‌وآمد افرادی است که به‌طور بالقوه در معرض بیماری مسری هستند تا از انتشار بیماری کاسته شده و خطر ابتلای آن برای دیگران کاهش یابد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری^۵، ۲۰۱۷) با این حال، در قرنطینه ماندن و در خانه نگه‌داشتن جمعیت کثیری از آحاد جامعه بدون تأثیرات روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی نخواهد بود.

موضوع مرگ و توجه به آن در قالب اضطراب مرگ^۶ و فناپذیری ما در هر لحظه، امنیت فکری انسان را تهدید می‌کند (کسل و دوی^۷، ۲۰۱۸) که به‌عنوان مسئله اساسی در دوران پاندمیک بیماری کرونا مورد توجه بالینگران قرار گرفته است. در یک تعریف ساده اضطراب مرگ به حالتی گفته می‌شود که فرد احساس اضطراب، نگرانی یا ترس مربوط به مرگ یا مردن را تجربه می‌کند (هولتروف و چانگ^۸، ۲۰۱۷). تعریف دیگری اضطراب مرگ را احساس ناراحتی و وحشت ناشی از ادراک نظری واقعی یا تصویری از تهدید زندگی می‌داند (لی مارن و هریس^۹، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، آگاهی از فناپذیری و ترس از مرگ به‌عنوان بخشی از وضعیت انسان در طول تاریخ ثبت شده و جای تعجب نیست که اضطراب مرگ پدیده‌ای شایع میان مردم است (آبتیا، جال و روتلگ^{۱۰}، ۲۰۱۴)؛ به‌طوری‌که پژوهش‌ها شیوع آن را تا ۱۶٪ در میان مردم عادی گزارش کرده‌اند و این در حالی است که ۳۳٪ از آن‌ها از نوع بسیار شدید این مشکل رنج می‌برند (بیرگیت، تک، رزمالن و ووشار^{۱۱}، ۲۰۱۸). در همین راستا، پژوهش‌های انجام شده در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی شواهد قانع‌کننده‌ای ارائه داده است که اضطراب مرگ این پتانسیل را دارد که عمیقاً بر روان انسان تأثیر بگذارد (میلر، لی و هندرسون^{۱۲}، ۲۰۱۳) چرا که به نظر می‌رسد ترسی اساسی و دربرگیرنده طیف وسیعی از اختلالات روانی، از جمله خودبیمارانگاری^{۱۳}

¹ Covid19

² Wu, Leung, Leung

³ World health Organizations

⁴ Quarantine

⁵ Centers for Disease Control and Prevention

⁶ Death anxiety

⁷ Cassell & Dubey

⁸ Hoelterhoff & Chung

⁹ Le Marne & Harris

¹⁰ Abeyta, Juhl & Routledge

¹¹ Birgit, Tak, Rosmalen & Voshaar

¹² Miller, Lee, & Henderson

¹³ Hypochondriasis

(بیرگیت و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلال هراس^۱ (روتلگز^۲، ۲۰۱۲)، اضطراب جدایی^۳ (بالدوین، جوردن، آبلی و پینی^۴، ۲۰۱۶) و اختلالات خوردن^۵ (لی مارن و هریس، ۲۰۱۶) می‌باشد. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این اضطراب با نگرانی، ناراحتی، حس عدم امنیت و تنش همراه است (ایورچ، منزیس و منزیس^۶، ۲۰۱۴)؛ بنابراین، پژوهش درباره اضطراب مرگ در دوره‌ی پاندمیک بیماری کرونا ضروری به نظر می‌رسد.

همان‌طور که پژوهش‌های مختلف نشان داده افراد مضطرب عموماً مشکلات بسیاری در خصوص تحمل ابهام^۷ تجربه می‌کنند (الی، لنگ، کمپل و کلونینجر^۸، ۲۰۱۷). سازه تحمل ابهام یک متغیر شخصیتی است که در ادبیات روانشناسی جدید به‌واسطه‌ی استنباط‌های مختلف خود را به شکل‌های گوناگون نشان داده است و در واقع به نوع خاصی می‌تواند مورد ارزیابی قرار گیرد. این مفهوم به‌عنوان یک متغیر شخصیتی و به‌عنوان یک ویژگی سازمان‌یافته تعریف شده است. در واقع تحمل ابهام به‌عنوان روشی که یک فرد یا گروه با مجموعه‌ای از روش‌های ناآشنا و پیچیده و نامفهوم روبه‌رو می‌گردند، تعریف می‌گردد (مک لین و همکاران^۹، ۲۰۱۵). کاینان^{۱۰} (۲۰۱۶) در مطالعات خود بر روی اضطراب مرگ و تحمل ابهام گزارش کرد که تحت شرایط استرس‌زا، احتمال ظهور تفکرات جادویی در افراد با تحمل ابهام پایین بیشتر از افراد با سطوح بالای تحمل ابهام در همین شرایط می‌باشد. داگاس، مارچاند و لاداسر^{۱۱} (۲۰۱۵) نیز در مطالعات خود گزارش نمودند که روابط معناداری بین سطوح تحمل ابهام، نگرانی، اختلالات اضطرابی و سایر متغیرهای مرتبط وجود دارد. برومندیان و سرافراز (۱۳۹۷) نیز در پژوهشی که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که عدم تحمل ابهام، میزان اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند؛ و هرچه تحمل ابهام افراد بیشتر باشد اضطراب مرگ کمتری را تجربه خواهند نمود. امروزه با تغییر رویکرد بیماری نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری را شامل می‌شود که نخست حالت انفعالی نداشته و نیازمند پرورش می‌باشد. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی بیماران و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی آن‌ها و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای این قشر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. در همین راستا اخیراً رویکردی به نام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ادبیات پژوهشی گسترش یافته که در افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (واولس، فینک و کوهن^{۱۲}، ۲۰۱۴؛ سواين، هنکوک، هینزروتو بوومن^{۱۳}، ۲۰۱۳). این درمان در سال ۱۹۸۴ توسط هیز

¹ Panic disorder

² Routledge

³ Separation Anxiety

⁴ Baldwin, Gordon, Abelli, & Pini

⁵ Eating Disorders

⁶ Iverach, Menzies & Menzies

⁷ Tolerance of ambiguity

⁸ Eley, Leung, Campbell, & Cloninger

⁹ Maclain, et al

¹⁰ Keinan

¹¹ Dugas & Marchand & Ladouceur

¹² Vowles Fink & Cohen

¹³ Swain, Hancock, Hainsworth, Bowman

و همکاران^۱ (۲۰۰۶) مطرح شد. در این روش به علت سازوکار نهفته‌اش مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سستی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد. تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است. این درمان بیماران را تشویق می‌کند تا در موقعیت‌هایی که اضطراب را تجربه می‌کنند، باقی بمانند تا به این احساسات عادت کرده و یاد بگیرند که این احساسات فیزیولوژیکی حاکی از یک خطر قریب‌الوقوع نیست (گوتزیت^۲، ۲۰۱۴). ACT در اصل یک رفتاردرمانی است و موضوع آن عمل است اما نه هر عملی بلکه عملی که ارزش محور باشد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۵). هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به‌ناچار با خود دارد (بستامی، گودرزی، ۲۰۱۶). ACT از شش فرآیند اصلی یعنی پذیرش^۳، گسلش شناختی^۴، ارتباط با زمان حال^۵، خود به‌عنوان زمینه^۶، ارزش‌ها^۷ و اقدام متعهدانه^۸ برای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). این رویکرد در مقایسه با رفتاردرمان‌گری شناختی تأکید بیشتری بر پذیرش و تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد. به چالش نکشیدن افکار منفی و تغییر آن‌ها (هرچند که برخی اوقات رخ می‌دهد) از دیگر ویژگی‌های این رویکرد است. در این درمان هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی فراهم نمودن توانایی انتخاب بین گزینه‌های مختلف به‌طوری‌که متناسب‌تر باشند، نه اینکه عملی صرفاً جهت فرار از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود یا اینکه بدون پذیرش به فرد تحمیل شده باشد (قرائی و آزاد فلاح، ۲۰۱۲). با توجه به شیوع بیماری کرونا و لزوم رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، درمان مورد استفاده در این پژوهش به‌صورت آنلاین و اینترنتی صورت گرفت. لذا تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان پذیرش و تعهد به‌صورت آنلاین بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در دوران قرنطینه ناشی از بیماری کرونا مؤثر است؟

¹ Hayes, Luoma, Bond, Masuda Lillis

² Gootzeit

³ Acceptance

⁴ Defusion

⁵ Communication with the present

⁶ Self as the context

⁷ Values

⁸ Commitment

روش پژوهش

تحقیق حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی است. پژوهش حاضر، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود که از طرح پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه پژوهش حاضر کلیه افرادی بودند که در خلال دوره پاندمیک کرونا دچار مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری شده بودند. نمونه پژوهش متشکل از ۳۰ نفر از افراد درگیر کرونا در استان آذربایجان غربی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش گمارش شده بودند. معیار ورود به این پژوهش بدین صورت بود که کلیه اعضای نمونه باید حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۵ سال بوده، تحصیلات افراد دیپلم به بالا باشد و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش داشته باشند و معیارهای خروج از طرح بدین صورت بود که چنانچه شرکت‌کنندگان ۲۰ درصد از زمان سه جلسه را تأخیر داشته باشند، در کارگاه‌های درمانی دیگر در ضمن جلسات مشاوره شرکت نمایند. در این پژوهش ابتدا پژوهشگر به کلیه مراکز روان‌درمانی استان آذربایجان غربی مراجعه کرد. در مرحله بعد افرادی که در دوران قرنطینه دچار مشکلات ناشی از بیماری کرونا شده بودند به صورت در دسترس انتخاب شدند. پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شده و هر دو گروه به پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش پاسخ دادند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه‌ای بر مبنای پروتکل ارائه‌شده توسط هیز (۲۰۰۶) در طی ۸ هفته و هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل از این شیوه درمانی بهره‌مند نشد. به افراد شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محفوظ خواهند ماند و کسانی که مایل هستند از نمرات خود مطلع شوند، صرفاً نمرات خودشان در اختیارشان قرار خواهد گرفت. به گروه گواه اطمینان داده شد که پس از پایان کار پژوهش، به آن‌ها نیز ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه خواهد شد. بعد از اتمام جلسات درمانی، مجدداً هر دو گروه به پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش پاسخ دادند و نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب مرگ: مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۱ (۱۹۷۰) یک پرسشنامه‌ی خوداجزایی متشکل از ۱۵ سوال صحیح غلط است که نگرش آزمودنی‌ها را به مرگ در ۵ بعد (ترس از مرگ، ترس از درد و بیماری، افکار مربوط به مرگ، زمان گذرا و زندگی کوتاه و ترس از آینده) می‌سنجد. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی مقیاس DAS را ۰/۸۳ به دست آورده است. رجبی و بحرانی (۲۰۰۱) پایایی و روایی این مقیاس را مورد بررسی قرار داده‌اند که بر اساس آن ضریب پایایی تصفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش کجیاف، قاسمیان نژاد جهرمی و احمدی فروشانی (۱۳۹۴)، پایایی این پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی، بررسی شد که نتایج به دست آمده به ترتیب عبارت بود از: ۰/۶۵ و ۰/۷۸ که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این ابزار است.

¹ Templer

پرسشنامه تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام مک لین^۱ (۱۹۹۳) از ۱۳ ماده (فرم کوتاه) و به منظور ارزیابی میزان تحمل ابهام تشکیل شده است. پاسخ به این مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً موافق نمره ۵ تا کاملاً مخالف نمره ۱) نمره گذاری می‌شود؛ اما آیت‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۱ و ۱۲ نمره وارونه دارند و به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. نمره بین ۱۵ تا ۳۰، تحمل ابهام پایین است و نمره بین ۳۰ تا ۴۵، تحمل ابهام متوسط است و همچنین نمره بالاتر از ۴۵، تحمل ابهام بالا است. مک لین با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش کرده است (مک لین، ۲۰۰۹). فیضی، محبوبی، زارع و مصطفایی (۱۳۹۱)، در پژوهش خود روایی پرسشنامه را از طریق روایی سازه ۰/۴۸ و ضریب پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند.

خلاصه برنامه درمانی بر اساس پروتکل ارائه شده توسط هیز (۲۰۰۶) به شرح زیر بوده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع و برنامه‌های درمانی
اول	آشنایی اعضای گروه با هم بیان قوانین گروه، خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر؛ بیان افراد احساسات 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 آن‌ها در گروه الزامی است؛ 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؛ بیان کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن و مقدمه‌ای بر بیماری کرونا و اختلالات روانی ناشی از آن و گرفتن پیش‌آزمون
دوم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، توضیح کامل اضطراب مرگ و ابهام در دوره‌ی پاندمیک بیماری، استفاده از درماندگی خلاق و دادن تکلیف
سوم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، سنجش عملکرد، بیان کنترل به عنوان مسئله، استفاده از استعاره در جهت کاهش ابهامات و دادن تکلیف
چهارم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، سنجش عملکرد، معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل/پذیرش و تمایل جایگزینی برای کنترل و تعهد رفتاری در جهت کاهش اضطراب و دادن تکلیف
پنجم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، سنجش عملکرد، معرفی خود به عنوان زمینه، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
ششم	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، گسلش و تمرین تعهد رفتاری در جهت کاهش اضطراب و ابهام و دادن تکالیف
هفتم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکالیف، سنجش عملکرد، معرفی ارزش‌ها، دادن ارزش‌ها، افزایش تمرکز بر تعهد رفتاری، استفاده از استعاره و دادن تکلیف
هشتم	مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، بررسی تکالیف‌ها، سنجش عملکرد، بحث و نتیجه‌گیری و پس‌آزمون از طریق پرسش‌نامه‌ها

¹ Mc Lain

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش (27/91) و این میانگین در گروه کنترل 31/83 بود. فراوانی سطح تحصیلات در گروه آزمایش بدین ترتیب بود: 5 نفر دیپلم، 8 نفر دیپلم تا لیسانس و 2 نفر فوق لیسانس به بالا. این اعداد در گروه کنترل نیز بدین ترتیب بود: 4 نفر دیپلم، 7 نفر دیپلم تا لیسانس، 4 نفر فوق لیسانس به بالا بود.

در جدول 2 شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پیش‌آزمون ارائه شده است.

جدول 2. شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیرها در پیش‌آزمون

گروه	آماره	تحمل ابهام	اضطراب مرگ
کنترل	میانگین	29/70	10/41
	انحراف استاندارد	4/39	2/01
آزمایش	میانگین	31/53	11/08
	انحراف استاندارد	5/16	2/36

در جدول 3 شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هر یک از متغیرهای پژوهش در قسمت پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول 3. شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیرها در پس‌آزمون

گروه	آماره	تحمل ابهام	اضطراب مرگ
کنترل	میانگین	30/32	10/13
	انحراف استاندارد	4/96	2/58
آزمایش	میانگین	37/41	8/56
	انحراف استاندارد	5/77	2/03

جدول 4. نتایج آزمون - اسمیرنوف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات تحمل ابهام و اضطراب مرگ

کلموگروف - اسمیرنوف		گروه‌ها	نرمال بودن توزیع نمرات
معنی‌داری	آماره		
0/200	0/107	آزمایش	تحمل ابهام
0/180	0/204	کنترل	
0/200	0/160	آزمایش	اضطراب مرگ
0/200	0/153	کنترل	

همان‌گونه که در جدول 4 مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیر تحمل ابهام و اضطراب مرگ تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول 5. نتایج آزمون آنکوا برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تحمل ابهام و اضطراب مرگ

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معنی‌داری
گروه	تحمل ابهام	2109/375	1	2109/375	67/199	0/000
خطا	تحمل ابهام	690/583	28	31/390		
کل	تحمل ابهام	133485	30			

گروه	اضطراب مرگ	۶۷۰۰/۰۴۲	۱	۶۷۰۰/۰۴۲	۱۴۸/۹۰۲	۰/۰۰۰
خطا	اضطراب مرگ	۹۸۹/۹۱۷	۲۸	۹۸۹/۹۱۷	۴۴/۹۹۶	
کل	اضطراب مرگ	۲۴۱۹۲۵	۳۰	۲۴۱۹۲۵		

نتایج آنکوا نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، نتایج پس‌آزمون برای همه متغیرهای مورد بررسی در بین گروه‌های مطالعه تفاوت معنی‌داری دارد و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیر تحمل ابهام و اضطراب مرگ متفاوت است و بدین ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت آنلاین بر تحمل ابهام و اضطراب مرگ در دوره‌ی پاندمیک کرونا مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ابهام به‌طور معنادار اثربخش بوده است. نتیجه این قسمت از پژوهش همسو با پژوهش‌های گذشته است (اصلی آزاد و همکاران، ۱۳۹۸؛ توهیگ و همکاران^۱، ۲۰۱۸؛ الینبرگ و همکاران^۲، ۲۰۱۷). در تبیین یافته حاضر باید گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی، رفتاری مشکلات می‌باشد که در نهایت منجر به افزایش تحمل ابهام و کمک به عملکرد بهتر در زندگی و افزایش قدرت مقابله‌ای و تاب‌آوری افراد می‌شود (الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری پرداخته و سپس افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است که می‌تواند به بهبود تحمل ابهام بینجامد. علاوه بر این، مراجعان بر اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرا گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود را بپذیرند و به‌جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی با مشکلات، به‌صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. زندگی هدفمند نیز می‌تواند قدرت مقابله‌ای و تاب‌آوری افراد را بهبود بخشد. بهبود تاب‌آوری نیز می‌تواند تحمل افراد را در دیگر زمینه‌ها همچون قدرت تحمل ابهام تحت تأثیر قرار داده و بهبود بخشد. علاوه بر این در این درمان به افراد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت. پذیرش حالت روانی، نیز فرد را از مقابله با افکار و احساسات ناخواسته می‌رهاند و سبب می‌شود تا فرد انرژی خود را در دیگر زمینه‌های بهنجار به‌کاربرده و قدرت تحمل بالاتری را به دست آورد (الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷).

در دیگر تبیین این یافته می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر تجربیات ذهنی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش فرایند کلیدی در اثربخشی

¹ Twohig

² Eilenberg, Hoffmann, Jensen, Frostholm

این نوع از درمان است. اصلی ترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش های فردی علیرغم حضور مشکلات و رنج ها می باشد (لوما و همکاران^۱، ۲۰۰۷). همچنین می توان گفت راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین های تعهد رفتاری، شفاف سازی ارزش ها، تکنیک های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش ها به همراه استعاره ها، مفهوم گسلش شناختی و پذیرش، همگی منجر به کاهش علائم اضطراب در این پژوهش شده است.

یافته دوم پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اضطراب مرگ به طور معنادار اثربخش است. نتیجه این قسمت از پژوهش همسو با پژوهش های گذشته است (اسمخانی و فاروقی، ۱۳۹۹؛ فلاحی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شجاعی زند و همکاران، ۱۳۹۷؛ احمدی و همکاران، ۱۳۹۷). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) شیوه کاربردی و قابل اجرا برای حل مشکلات شناختی - رفتاری در طیف متنوعی از بیماری های اضطرابی است که با تا کیدی مراجع محورانه شناسایی توانش ها و نکات مشکل آفرین را در اولین گام در فرآیند درمان و آموزی مورد توجه قرار داده و به دنبال آن توانش آموزی مسئله مدار را برای حل این مشکلات به کار می گیرد.

در حوزه رفتاری، مداخلات ACT بسته به مراجع فردی و شکل فردی تفاوت می کنند و می توانند دربرگیرنده آموزش روانی، حل مسئله، تکالیف رفتاری، ایجاد الگوهای عمل متعهدانه باشند و اغلب در خدمت راهبردهای درجه اول، تغییر رفتار قرار می گیرند و پروتکل های ACT در این حوزه ها، تکنولوژیهای تغییر رفتاری موجود را به عنوان قسمتی از رویکرد کلی، بکار می گیرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعان را با چالش مواجه می کند تا آنچه را که در حوزه های زندگی برایشان مهم است، مشخص کنند؛ این موارد عبارت هستند از: ازدواج و صمیمیت، روابط خانوادگی، روابط دوستی و اجتماعی، حرفه و شغل، رشد و توسعه شخصی و آموزشی، تفریح و اوقات فراغت، مذهب و معنویت، رفتار شهروندی و رفاه جسمی، روانی و بهداشتی. بیرون راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی اعتنایی به جنبه های مردن، انزوا و دوری گزینی باعث رنج و تشدید ترس در افراد شده و هیچ گونه آرامشی را برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (فلاحی و همکاران، ۱۳۹۸).

این گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می شوند. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و برای این منظور با استفاده از روش های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و روش های ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانة فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی می شود و اضطراب، افسردگی، تاب آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می بخشد (شجاعی زند و همکاران، ۱۳۹۷). در این درمان ماهیت اثر، دلایل، پیامدها و شیوه های مقابله با اضطراب، افسردگی و نگرانی های بیماران با آنها مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفته و در این زمینه آموزش هایی به آنها ارائه شده است. انجام این تکالیف باعث بهبود بهزیستی روان شناختی و کاهش اضطراب مرگ در آنها شده است.

¹ Luma, Hayes, & Walser

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت، بر کردن پرسشنامه‌ها توسط آزمونگر می‌تواند منجر به سوگیری پاسخ آزمودنی و یا آزمونگر در هنگام پر کردن پرسشنامه شود. همچنین با توجه به اینکه مشکلات اجتماعی و خانوادگی دیگری می‌تواند مؤثر بر مؤلفه‌های تحت پژوهش بیماران باشد، گواه سایر عوامل مداخله‌گر از محدودیت‌های پژوهشگر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود مراکز روان‌درمانی، از روش‌های روان‌درمانگری به‌عنوان بخشی از برنامه‌ها و راهبردهای درمانگری در دوران پاندمیک بیماری استفاده کنند، به مسئولین مراکز درمانگری و پزشکی پیشنهاد می‌شود، دوره‌های مدیریت تنیدگی برای بیماران کرونایی در سطح پیشگیری اولیه و به‌منظور پیشگیری از عوارض بیماری برگزار گردد.

منابع

- احمدی، اکرم؛ قائمی، فاطمه؛ فرخی، نورعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (اکت) بر درماندگی روان‌شناختی، اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان اصفهان. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۷(۷۲)، ۹۵۶-۹۵۱
- اسمخانی اکبری نژاد، هادی؛ فاروقی، پریا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ایدز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۱۱)، ۸۴-۷۰.
- اصلی آزاد، مسلم؛ منشئی، غلامرضا؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، دانشگاه علامه طباطبایی، ۹(۳۶)، ۳۳-۵۳.
- برومندیان، نیکتا؛ سرافراز، مهدی رضا. (۱۳۹۷). پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس سازه عدم تحمل ابهام در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه و عادی شهرا شیراز. اولین کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در مدیریت، اقتصاد، حسابداری و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه علمی کاربردی شوشتر.
- شجاعی زند، نجمه؛ شهریار احمدی، منصوره؛ کوشکی، شیرین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و افکار خودکشی در آتش‌نشانان حادثه پلاسکو، دومین کنفرانس علمی پژوهشی رهیافت‌های نوین در علوم انسانی ایران، ایلام
- فلاحی، اشرف؛ پرویزیان، فرهاد؛ دواساز ایرانی، رضا؛ فرج زاده بی‌بالان، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، ذهن‌آگاهی و افسردگی در افراد مبتلا به HIV، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران
- فیضی، آوات؛ محبوبی، طاهر؛ زارع، حسین؛ مصطفایی، علی. (۱۳۹۱). رابطه هوش شناختی و تحمل ابهام با کارآفرینی در دانشجویان دانشگاه پیام نور استان آذربایجان غربی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۴)، ۲۷۶-۲۸۴
- کجیاف، محمد باقر؛ قاسمیان نژاد جهرمی، علی نقی؛ احمدی فروشانی، سید حبیب‌الله. (۱۳۹۴). تأثیر گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه‌کننده مرگ در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۴)، ۱۳-۴

- Abeyta, A. A., Juhl, J., & Routledge, C. (2014). Exploring the effects of self-esteem and mortality salience on proximal and distally measured death anxiety: A further test of the dual process model of terror management. *Motivation and Emotion*, 38, 523-528.
- Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., & Pini, S. (2016). The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS spectrums*, 21(4), 289-294.
- Bastami, M., Goudarzi, N. (2016). The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on reducing depression symptoms of military personnel with type 2 diabetes, *Journal of scientific research*, Naja Department of Health, 18(1). [in persian]
- Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic research*.
- Cassell, W. A., & Dubey, B. L. (2018). Anatomical Rorschach responses and death symbolism. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 25(2), 109-119.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Quarantine and isolation.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2015). Further validation of a cognitive behavioral model of generalized anxiety disorders: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frosthalm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety, *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.
- Farnoosh G., Alishirim G., Hosseini Zijoud, S.R., Dorostkar, R., Jalali Farahani, A. (2020). Understanding the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and Coronavirus Disease (COVID19) Based on Available Evidence - A Narrative Review. *J Mil Med*, 22 (1), 1-11
- Gharaei-Ardakani, S., Azadfallah, P., Tavalliem A. (2012). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on pain Experience in women with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 2, 1-5.
- Gootzeit, T. (2014). ACT process measures: specificity and incremental value. Dissertations: University of Iowa Spilberger (1972). Three coping strategies used by school-age children, 10(1), 25-28.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44(1), 1-25
- Hoeltherhoff, M., & Chung, M. C. (2017). Death anxiety resilience; a mixed methods investigation. *Psychiatric Quarterly*, 88(3), 635-651.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.
- Izadi, R., Abedi, M. (2015). Acceptance and Commitment therapy, 160 p. [in persian]
- Keinan, G. (2016). Effects of stress and tolerance of ambiguity on magical thinking. *Journal of personality and social psychology*, 67(1), 48.
- Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death Anxiety, Perfectionism and Disordered Eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211.
- Luma, J.B., Hayes, S.C., & Walser, R. (2012). Toward a new acceptance commitment therapy treatment of problematic anger for couple. On publish doctor dissertation of institute graduate school of psychology.

- Mc Lain, D. L. (1993). The MSTAT-1: A new measure of an individuals tolerance for ambiguity. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 183- 189.
- Mc Lain, D. L. (2009). Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: the multiple stimulus types ambiguity tolerance scale – II. *Psychological Reports*, 105 (3), 975- 988.
- Miller, A., Lee, B.L., & Henderson, C. E. (2013). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 36, 640–663.
- Routledge, C. (2012). Failure causes fear: The effect of self-esteem threat on death anxiety. *Journal of Social Psychology*, 152, 665–669.
- Swain J., Hancock K., Hainsworth C., Bowman J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965-978.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 3, 13-26.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K. L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S. M., Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(3), 397.
- World health Organizations. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report–65. 25 March.
- Wu, JT., Leung, K., Leung, G.M. (2020). Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *The Lancet*.