باسمه تعالي

**فرم طرح تحقيق**

**عنوان تحقيق به فارسي:** «**بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی».**

**عنوان تحقيق به انگليسي:**

"**Effect of acceptance and commitment therapy on quality of life and reduce the severity of symptoms in patients with spinal cord injuries"**

**4- بيان مساله (تشريح ابعاد، حدود مساله ، معرفي دقيق مساله ، بيان جنبه هاي مجهول و مبهم و متغيرهاي مربوط به پرسش هاي تحقيق ، منظور تحقيق )**

در کنار کامیابی های فراوان انسان امروزی در زمینه های مختلف بروز حوادث و ضایعات مرتبط با شرایط حاکم بر زندگی در جوامع صنعتی، امری اجتناب ناپذیر است. یکی از پیامدهای زندگی در این جوامع، شیوع به نسبت بالای ضایعات نخاعی[[1]](#footnote-1) است که به طور عمده به سبب حوادث رانندگی، حوادث شغلی و یا ورزشی رخ می دهد (حسن زاده پشنگ، زارع و علی پور، 1391).

صدمات وارده به نخاع یکی از مخاطره آمیز ترین آسیب های جسمانی می باشد که می تواند باعث ایجاد اختلال در دستگاه های مختلف بدن و حتی تهدید کننده حیات وی باشد(چن[[2]](#footnote-2) و بوری[[3]](#footnote-3)، 2007). معلول ضایعه نخاعی به فردی اطلاق می شود که به هر علتی اعم از ضربه، تومور مغزی یا سرطان، بیماریهای مغزی و عروقی و یا حتی مراحل پیشرفته ضایعات دیسکوپانثی، نخاع وی از زیر منطقه بصل النخاع تا ناحیه انتهای شبکه ُدم اسبی که توسط ستون فقرات محافظت می شوند دچار آسیب شده و مقدار ضایعه آن را قسمتی تا قطع کامل و له شدگی و تغییرات استحاله ای است که نتیجه آن ایجاد عوارض حرکتی و حسی و یا اتونومیک یک یا چند اندام و تنه می باشد. چنان چه در سطح مهره های سینه ای و پایین تر از آن اتفاق بیفتد شخص دچار فلج در اندام های تحتانی پاراپلژی می شود و اگر در ناحیه نخاع گردنی اتفاق بیفتد منجر به فلج در دو دست و دو پا یا تتراپلژی یا کوادرپلژی می شود. در واقع هر چه محل ضایعه به مغز نزدیکتر باشد، سطح و شدت ضایعه نخاعی بیش تر خواهد بود(جلیلی فر، 1382، به نقل از حسن زاده پشنگ و همکاران، 1391).

همانطور که گفته شد ضایعه نخاعی به دلایل مختلفی می تواند ایجاد شود، ولی به هر علتی که به وجود آمده باشد، تاثیرات عمیق و گسترده ای روی سلامت جسمی، روانی و کیفیت زندگی فرد خواهد گذاشت (مقدم، حبیبی، دواتگران، و نظم ده، 1388؛ پارکر[[4]](#footnote-4) و پارکر[[5]](#footnote-5)، 2002). بیماری و ناتوانی که بر اثر بی تحرکی برای این افراد به وجود می آید، باعث افزایش رنجش آنها می شود و به کیفیت زندگی آنها آسیب می رساند. کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی و روابط با محیط را در بر می گیرد که بر ادراک فرد از این ابعاد نیز مبتنی است(حاتمی ، صابونچی، سخاوت، آهار و موسوی، 1391).

به دنبال آسیب نخاعی عوارض بسیاری بروز می کند، از مهم ترین آنها ایجاد درد می تواند (ولشتنی[[6]](#footnote-6) و مک دونالد[[7]](#footnote-7)، 2006). علاوه بر این ضایعات نخاعی بواسطه تاثیر بر فاکتورهای فیزیولوژیکی (اختلال در سیستم عروقی-عصبی – اندوکرینی) و سایکولوژی (کاهش اعتماد به نفس و تغییر در تصویر ذهنی از خود) می تواند اثرات منفی بر عملکرد جنسی فرد اثر گذارد. محل، وسعت و شدت ضایعه بر میزان اختلال در عملکرد جنسی تاثیر دارد(الکساندر[[8]](#footnote-8)،سیبسکی[[9]](#footnote-9)، فین دلی[[10]](#footnote-10)،1993).

استرس هایی که بعد از ایجاد ضایعه نخاعی ایجاد می شوند شخص را منزوی و کناره گیر از اجتماع و فعالیت ها می کند و باعث بروز بسیاری از اختلال های روانی و خلقی از جمله افسردگی می شود. افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بی کفایتی، عدم شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است. افراد دارای ناتوانی جسمانی در مقایسه با افرد عادی دارای تماس های اجتماعی کمتری هستند و تمایل بیش تری به انزوای اجتماعی دارند(فتحی آشتیانی، 1389).

برای درمان مشکلات روان شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. یکی از مهم‌ترین شیوه‌های درمانی درمان مبتنی بر پذیرش است. درمان مبتنی بر پذیرش به عنوان درمان‌های شناختی – رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[[11]](#footnote-11) (ACT)، از رایج‌ترین نوع این درمان‌هاست. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (هیز[[12]](#footnote-12)، لوما[[13]](#footnote-13)، بوند[[14]](#footnote-14)، ماسودا[[15]](#footnote-15) و لیلز[[16]](#footnote-16)، 2006).

گسلش برای جلوگیری از در آمیختگی شناختی است. در آمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را در آمیخته (یکی) می‌داند. گسلش شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس‌ها، حواس‌ها، امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آن‌ها، فرار از آن‌ها یا توجه مجدد به آن‌ها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در حال انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم خود، که تغییر نمی‌کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم است. از این دیدگاه، تجربه افکار و احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال، حواس، تصویرها، نقش‌ها یا حتی بدن فیزیکی چیزی متفاوت از خود فرد است. این پدیده‌ها تغییر می‌کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش‌ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم‌ترین و عمیق‌ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف‌هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آن‌ها متعهدانه و موثر عمل کند( هریس[[17]](#footnote-17)،2006).

با وجود اینکه پژوهش‌های متعددی در مورد اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر درمان افسردگی و اضطراب(فلیددیروس[[18]](#footnote-18)، بولمی جر[[19]](#footnote-19)، فوکس[[20]](#footnote-20) و اسچریورس[[21]](#footnote-21) ،2013؛ ایلنبرگ[[22]](#footnote-22)، کرون استرند[[23]](#footnote-23)، فینک[[24]](#footnote-24) و فروشلم ،2013 ؛ رجبی و یزد خواستی، 1393) انجام شده، اما تا آنجا که پژوهشگر بررسی نموده است پژوهشی که به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی پرداخته شده باشد یافت نشد لذا پژوهشگر به دنبال پاسخ گویی به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی موثر است ؟

5- سوابق مربوط (بيان مختصر سابقه تحقيقات انجام شده درباره موضوع و نتايج به دست آمده در داخل و خارج از كشور نظرهاي علمي موجود درباره موضوع تحقيق)

**اهمیت و ضرورت:**

صدمات طناب نخاعی یکی از ناگوار ترین صدماتی است که یک شخص می تواند تجربه کند(چن و بوری، 2007). مرکز آماری ضایعات نخاعی ملی (2010) میزان بروز سالیانه ضایعات نخاعی در ایلات متحده آمریکا، غیر از افرادی که در صحنه حادثه می میرند، به طور تقریبی 40 مورد به ازای هر 1 میلیون نفر نزدیک به 12000 مورد جدید سالیانه می باشد. سازمان بهداشت جهانی، شیوع ضایعه نخاعی در جهان را 40-15 میلیون نفر گزارش کرده است و سالانه 12 تا 40 میلیون نفر در جهان دچار صدمات نخاعی می شوند(بابا محمدی، نگارنده، دهقان نیری، 1392).

در حال حاضر در کشور ایران حدود سه میلیون نفر معلول شناسایی شده اند و با توجه به آمار بالای تصادفات و حوادث مختلف، برآورد می شود 700 هزار معلول ضایعه نخاعی وجود داشته باشند که هر سال نیز 2000 نفر به آن اضافه می شوند (حسن زاده پشنگ و همکاران، 1391).

کندی[[25]](#footnote-25) ، ایوانز[[26]](#footnote-26)، بری[[27]](#footnote-27) و میلان[[28]](#footnote-28) (2003) دریافتند که 56 درصد صدمات بین سنین 16 تا 30 سالگی، با بیشترین شیوع در سن 19 سالگی رخ می دهد. ضایع نخاعی در میان مردان جوان و فعال شایع تر است. به طور کلی نسبت مبتلایان به ضایعات نخاعی بین مردان و زنان 4 به 1 است در حالی که در گروه سنی جوان تر این نسبت به میزان 5 به 1 تقلیل می یابد.

بسیاری از بیماریهای به خصوص انواع مزمن و ناتوان کننده، پیامدهای روانپزشکی متعددی دارند. به همین دلیل بروز اختلال روانپزشکی در پی ایجاد بیماری های جسمی شایع است(کاپلان و سادوک، 1998).

پیامدهای روانی بیمارن مبتلا به ضایعات نخاعی و درمان آن موضوع بسیاری از فعالیت های پژوهشی بوده است. کندی و راجرز[[29]](#footnote-29)(2000) شیوع افسردگی را درافراد مبتلا ضایعات نخاعی تقریبا 40-30 درصد گزارش کرده اند. کریج[[30]](#footnote-30) و همکاران (1990) برآورد کرداند که 30 درصد این افراد تجربیات افسردگی و اضطراب تا دو سال پس از آسیب ادامه می یابد.

کرور[[31]](#footnote-31) (1996)بیان کرده است اثرات روانی ناشی از ضایعه نخاعی در پنج سال اول مبتلا شدن به آن حداکثر مقدار خود می رسد و بیش ترین توانایی برای شناخت ضرری که این افراد از ناتوانیشان می بینند مربوط به سال های اول ناتوانی است. بنابراین بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی را خطر بیشتری برای خودکشی تهدید می کند و این خطر در پنج سال اول پس از آسیب بالاتر است.

چارلی فیو و گرهات میزان خودکشی در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی را 3 تا 5 برابر بیش تر از افراد عادی جامعه برآورد کرده اند. تلاش برای بازگرداندن سریع تر این افراد به زندگی نسبتا فعال و پیش گیری از عوارض جسمی و روانی ناشی از ضایعات نخاعی، نقش بسیار مهمی در زندگی این افراد دارد(چاتولانو[[32]](#footnote-32)،2006).

ضایعه نخاعی از جمله ناتوانی هایی است که تاثیرات گسترده ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسیب نخاعی گذاشته و زندگی بیمار دچارمشکلات عدیده ای می سازد(بن ونتی[[33]](#footnote-33) و همکاران، 2003). در دنیای امروز بهبود کیفیت زندگی در افراد ناتوان جسمی به عنوان یک هدف بازتوانی مطرح شده است(پارک[[34]](#footnote-34) و پارک[[35]](#footnote-35)، 1995). با توجه به اهمیت بهزیستی روانی و اجتماعی، امروزه بررسی کیفیت زندگی درپژوهشهای مختلف بشری و بالاخص درگروههای معلولین ازجمله سرفصلهای مهم وکاربردی تلقی می گردد (شاهنده، وامقی، حاتمی زاده، کاظم نژاد،1383).

با توجه به مطالب فوق، به نظر می رسد مسئله بازتوانی این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف از بازتوانی بیمار، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است (شیخ الاسلامی، 1382).

بنابراین با توجه به شیوع بسیار بالای افسردگی و اضطراب و سطح پایین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی اقدامات درمانی برای این بیماران اهمیت و ضرورت می یابد. و با انجام اقدامات درمانی مناسب بتوان افسردگی و اضطراب را در بیماران بهبود بخشد و کیفیت زندگی را در آنها بالا برد.

**پیشینه پژوهش:**

هافمن[[36]](#footnote-36)، هالسبو[[37]](#footnote-37)، ایلنبرگ، جن سن[[38]](#footnote-38) و فروشلم[[39]](#footnote-39) (2014) و ایلنبرگ و همکاران (2013) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلهACT با تغییر در انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد.

فلیددیروس و همکاران (2013) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که انعطاف پذیری در طول مداخله موجب کاهش علایم افسردگی و اضطراب می‌شود.

نتایج پژوهش فانن[[40]](#footnote-40) و همکاران (2013) نشان داد که مشاوره فردی و گروهی در درمان افسردگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی موثر است.

نتایج پژوهش هیوتینک[[41]](#footnote-41) و همکاران (2012) نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری اثرات سودمندی در درد مزمن افراد مبتلا به ضایعه نخاعی دارد.

نتایج پژوهش برینگ بورگ[[42]](#footnote-42)، میچانک[[43]](#footnote-43)، هسیر[[44]](#footnote-44) و بریج لند[[45]](#footnote-45) (2011) و فلکسمن[[46]](#footnote-46) و بوند[[47]](#footnote-47) (2010) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش سطح استرس و افزایش سلامت عمومی می‌شود.

رجبی و یزد خواستی (1393) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام اس موثر است.

حسن زاده پشنگ و همکاران (1391) در پژوهش خود نشان دادندکه آموزش شیوه های مقابله با استرس موجب کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود.

نتایج پژوهش پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (1389) نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری افسردگی و اضطراب را در زنان مبتلا به سرطان سینه کاهش داد.

مرادی، ملک پور، امیری، مولوی، نوری (1389) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که روش های آموزش های گروهی عزت نفس، خود کار آمدی و انگیزش پیشرفت برکیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی – حرکتی موثر است.

**6- فرضيه ها**

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش شدت درد بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی می شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی موثر است.

**7- اهداف تحقيق (شامل اهداف علمي ،كاربردي و ضرورت هاي خاص انجام تحقيق)**

**اهداف کلی:**

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

**اهداف جزیی:**

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

تعیین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

**8- در صورت داشتن هدف کاربردی بیان نام بهره وران (اعم از موسسات آموزشی، اجرائی و غیره)**

کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراکز نخاعی جهت بهبود کیفیت زندگی و علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

|  |
| --- |
| **9- جنبه نوآوری و جدید بودن تحقیق در چیست؟ (این قسمت توسط استاد راهنما تکمیل شود)**  با عنایت به جدید بودن نسبی موضوع و عدم پژوهش در جامعه مورد نظر نتایج این تحقیق می تواند مورد استفاده مسئولین امر قرار گیرد.  **امضاء استاد راهنما** |

### 10- روش كار

الف ـ نوع روش تحقيق:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این روش گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می گیرند اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار می گیرند و هر دو گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ می دهند.

جدول 1. مدل مفهومی پژوهش

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| پس آزمون | متغیر مستقل | پیش آزمون | گمارش تصادفی | گروه‌ها |
| T2 | x | T1 | R | گروه آزمایشی |
| T2 | - | T1 | R | گروه کنترل |

متغیر مستقل : درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر وابسته: بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی.

متغیر کنترل: جنس، سن شروع بیماری

ب ـ روش گردآوري اطلاعات (ميداني ، كتابخانه اي و غيره):

در خصوص گردآوري اطلاعات مربوط به ادبيات موضوع و پيشينه پژوهش از روش‌هاي كتابخانه‌اي و جهت جمع آوري اطلاعات براي تاييد يا رد فرضيه‌هاي پژوهش از روش ميداني (پرسشنامه‌ها) استفاده مي‌شود.

پ ـ ابزار گردآوري اطلاعات (پرسشنامه ، مصاحبه ، مشاهده آزمون ، فيش ، جدول ، نمونه برداري ، تجهيزات آزمايشگاهي و بانك هاي اطلاعاتي و شبكه هاي كامپيوتري و ماهواره اي و غيره ):

**پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36:** پرسشنامه SF-36 ، پرسشنامه استانداردی است که توسط وار و همکاران (1992) در امریکا برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شده است. این پرسشنامه دارای 8 حیطه سوال شامل: عملکرد فیزیکی (10سوال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت جسمی (4 سوال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت هیجانی (3 سوال)، انرژی / خستگی (9 سوال)، سلامت هیجانی(4 سوال)، عملکرد اجتماعی (2 سوال)، درد (2 سوال) و سلامت عمومی (2 سوال) می باشد. هر سوال حداقل 2 و حداکثر 6 گزینه دارد و گزینه های هر سوال براساس مقیاس صفر تا صد درجه بندی شده است و نمره صفر و صد، کمترین و بیشترین سطح عملکرد فرد را نشان می دهد. نمره هر حیطه از جمع نمرات سوالات آن حیطه تقسیم بر تعداد سوالات محاسبه می شود؛ بنابراین نمره کیفیت زندگی در هر حیطه از صفر (کمترین نمره کیفیت زندگی) تا صد (بهترین نمره کیفیت زندگی) می باشد. پایایی آن در ابعاد مختلف در مطالعه منتظری و همکاران(1384) در ایران و سایر مطلعات خارج از کشور حداقل 73/0 در بعد کارکرد اجتماعی و حداکثر 96/0 در بعد محدودیت نقش گزارش شده است (به نقل از سعادت جو، رضوانی، طبیعی، و عودی، ، 1391).

**پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم : (BDI-II)** این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند **BDI و BDI-II** نیز 21 سوالی است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. در این پرسشنامه شدت افسردگی را بر روی یک مقیاس از 3-0 درجه بندی می شود. نمره کل پرسشنامه دامنه ای بین 63-0 داشته و امتیاز 13-0 افسردگی جزیی، 19-14 افسردگی خفیف، 28-20 افسردگی متوسط و 63-29 افسردگی شدید را نشان می دهد. این پرسشنامه، نقطه ای را به عنوان نبود افسردگی معرفی نمی کند(بک[[48]](#footnote-48)، استری[[49]](#footnote-49) و براون[[50]](#footnote-50)، 1996). مطالعات انجام شده توسط بک و راش[[51]](#footnote-51)(2000) بر ویرایش دوم این پرسشنامه حاکی از ثبات درونی بین 92% -73% و ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بیمار 86% و غیر بیمار 81% می باشد. همچنین دابسون و محمد خانی (1386)ضریب آلفای 92% را برای بیماران سرپایی و 93% را برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه باز آزمایی به فاصله یک هفته را 93% گزارش کردند.

**پرسشنامه اضطراب بک[[52]](#footnote-52)**(BAI)**:** یک مقیاس خود سنجی 21 سوالی است که اضطراب را می سنجد. این پرسشنامه بر اساس 21 نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات 0، 1، 2 و 3 برای هر سوال) نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می دهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد. سه ماده آن مر بوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس های مشخص و سایر سوالات ان نشا نه های خود کار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجد. بک و کلارک (1988) همسانی درونی این مقیاس را 93/0 و پایایی باز آزمایی آن را 75/0 گزارش کردند (به نقل از رجبی و یزد خواستی، 1393).

مطالعات انجام شده نشان می دهد که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا (92/0؛ همبتگی داده بین 30/0 تا 76/0) است. در یک بررسی بر روی 1513 نفر زن و مرد در گروههای سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مورد نظر، روایی 72/0، پایایی 83/0 و ثبات درونی 92/0 نشان داد(کاویانی و موسوی، 1387).

**پرسشنامه استاندارد تجارب جنسی آریزونا[[53]](#footnote-53) (مردان):** پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا، ابزاری برای اندازه گیری پنج عنصر عملکرد جنسی شامل تمایل جنسی، تحریک، نعوظ آلت تناسلی، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم می باشد. عناصر براساس مقیاس شش گزینه ای لیکرت تنظیم شده بود. در پرسشنامه به جواب فوق العاده آسان نمره (1)، جواب خیلی آسان نمره (2)، بعضی وقت ها زیاد نمره (3)، بعضی وقت ها ضعیف نمره (4)، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره (5) و هرگز نمره (6) تعلق گرفت. اگرنمره کل بیشتر از 5 بود اختلال عملکرد جنسی فرد تشخیص داده می شود(ساجاتو ویس و رمیرز،[[54]](#footnote-54)، 2003).

مک گی [[55]](#footnote-55) و همکاران (2000) ثابت کردندکه پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا روایی خیلی خوبی داشته و گزینه های آن ارتباط نسبتا خوبی با گزینه های سایر ابزرها مانند شاخص عملکرد جنسی کاهش یافته دارد همچنین نشان داده که این ابزار از استحکام درونی و پایایی آلفای کرونباخ 905/0 و پایایی آزمون مجدد برخوردار است.

**شدت درد:** برای اندازه گیری شدت درد در بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی از مقیاس درجه بندی عددی استفاده شد. این مقیاس خط صافی است که در یک انتها آن صفر و در انتهای دیگر آن عدد 10 نوشته شده است و با استفاده از این اعدا خط مذکور به یازده قسمت مساوی تقسیم شده است. در زیر صفر عبارت «عدم درد» و در زیر عدد 10 عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. از آزمودنی خواسته می شود تا با انتخاب عددی بین صفر تا 10 شدت درد خود را در زمان مطالعه مشخص کند. این مقیاس در پژوهش های انجام شده با بیماران مبتلا به درد مزمن مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است(جنسین و کارولی[[56]](#footnote-56)، 1992؛ به نقل از اصغری مقدم و گلک، 1384).

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:** به منظور اخذ اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، میزان تحصیلات ، شغل و وضعیت اقتصادی- اجتماعی پرسشنامه ای تدوین شده و مورد استفاده قرار می گیرد.

**مداخله**:

**درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد:** در پذیرش و تعهد درمانی مجموعه ای از تمرینات تجربی و استعاره ها، با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شود تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به تنهایی یک هدف نمی باشد، بلکه ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می باشد. در این پژوهش برای آموزش پذیرش و تعهد درمانی از روش پذیرش و تعهد درمانی هیس(2004) استفاده می‌شود.

تعداد جلسات آموزش 8 جلسه می باشد، که هفته ای یک جلسه یک ساعته برگزار خواهد شد.

جدول 2. موضوعات جلسات آموزش پذیرش و تعهد

|  |  |
| --- | --- |
| جلسه اول | برقراری رابطه درمانی،بستن قرار داد درمانی، آموزش روانی |
| جلسه دوم | بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه |
| جلسه سوم | بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل به عنوان پاسخی دیگر،درگیر شدن با اعمال هدفمند |
| جلسه چهارم | کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف |
| جلسه پنجم | مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار |
| جلسه ششم | کاربرد تکنیک های ذهنی، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند |
| جلسه هفتم | معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش های عملی زندگی |
| جلسه هشتم | درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها |

**ج ـ جامعه آماري و روش تجزیه و تحلیل اطلاعات :**

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی شهر...... است که به مراکز توان بخشی مراجعه نمودند.

روش نمونه گیری به صورت در دسترس می باشد. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی که مراکز توان بخشی شهر.... مراجعه کردند پس از تکمیل پرسشنامه ها و کسب کردن نمره بالا در پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، مقیاس شدت درد وپرسشنامه استاندارد تجارب جنسی و همچنین کسب نمره پایین در پرسشنامه کیفیت زندگی، تعداد 30 نفر به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه توزیع می شوند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار می گیرند و گروه گواه به خاطر حفظ و رعایت مسائل اخلاقی تا پایان پژوهش در لیست انتظار باقی می مانند.

**شرایط ورود آزمودنی ها:**

وجود ضایعه نخاعی؛ توانایی شرکت در جلسه های درمانی؛ مرد بودن؛ دارای سن19-35 سال داشتن ؛ داشتن تحصیلات حداقل دیپلم؛ عدم شرکت در جلسات مداخلات روان شناختی طی 6 ماه گذشته.

**شرایط خروج آزمودنی ها:**

غیبت حداقل دو جلسه؛ اختلالات عصب شناختی وخیم یا وجود نشانه های روان گسستگی؛ مدت زمان ابتلا بیشتر از 5 سال؛ و افرادی که سابقه مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی را دارند.

**روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:**

جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده توسط پرسشنامه های فوق، از شاخص های و روش های آمارتوصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار-22 spss استفاده خواهد شد.

10- فهرست منابع و مآخذ (فارسي و غيرفارسي ) مورد استفاده در پايان نامه

**منابع فارسی :**

اصغری مقدم، محمد علی و گلک، ناصر. (1384). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. *دانشور رفتار،* سال دوازدهم، شماره 10: 23-1.

بابامحمدی، حسن؛ نگارنده، رضا؛ دهقان نیری، ناهید. (1392). استراتژی تطابقی مهم مورد استفاده توسط مبتلایان به ضایعات نخاعی: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، سال 2، شماره 1: ص 100-90.

پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری؛ قاسم، و آیین پرست، ندا. (1389). اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، سال اول، شماره 4: ص76-61.

حاتمی، سعید؛ صابونچی، رضا؛ سخاوت، آرش؛ آهار، مصطفی؛ و موسوی، سید حسین. (1391). مقایسه کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شرکت کننده و غیر شرکت کننده در ورزش همگانی. *فصلنامه تحقیقات و علوم ورزشی*، سال دوم، شماره 7: 38-29.

حسن زاده پشنگ، سمیرا؛ زارع، حسین؛ علی پور، احمد. (1391). اثر بخشی آموزش شیوه های مقابله با استرس بر تاب آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعات نخاعی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم،* دوره دهم، شماره 3: ص25-15.

دابسون، کيت استفان و محمدخانی، پروانه. (1386). [مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -2 در يک نمونه بزرگ مبتلايان به اختلال افسردگی اساسی](http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/files/site1/user_files_581925/admin-A-10-1-134-0e707da.pdf)*. ويژه نامه توانبخشي در بيماريها و اختلالات رواني*، دوره 8، شماره 2.

رجبی، ساجده و یزدخواستی، فربیا. (1393). اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. *مجله روان شناسی بالینی*، سال ششم، شماره 1 (21): 39-29.

سعادت جو، علیرضا؛ رضوانی، محمد رضا؛ طبیعی، شهناز؛ و عودی، داود. (1391). مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع 2 با افرد غیر دیابتی. مراقبت های نوین، *فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، دوره9، شماره 1: ص 31-24.

شاهنده، هانیه؛ وامقی، روشنک؛ حاتمی زاده، نیکتا؛ کاظم نژاد، انوشیروان. (1383). کیفیت زندگی افراد مبتلا به ضایعه نخاعی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*.سال سوم، شماره 3: 9-1.

[شيخ الاسلامي، فرزانه](http://fa.journals.sid.ir/SearchPaper.aspx?writer=9902). (1382). بررسي تاثير گروه درماني بر ميزان اضطراب مبتلايان به سكته قلبي بيمارستان هاي منتخب دانشگاه. *اصول بهداشت رواني*، شماره20-19، دوره5: ص106-100.

فتحی آشتیانی، علی. (1389). *آزمون های روان شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. چاپ دوم، تهران: انتشارات بعثت.

کاویانی، حسین؛ و موسوی، اشرف سادات. (1387). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. مج*له علوم پزشکی*، جلد 66، شماره 2: 140-136.

مرادی، اعظم؛ ملک پور، مختار؛ امیری، شعله؛ مولوی، حسین؛ نوری، ابوالقاسم. (1389). مقایسه اثرات آموزش های عزت نفس، خود کار آمدی و انگیزش پیشرفت برکیفیت زندگی زنان مبتلا به ناتوانی جسمی – حرکتی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال دهم، شماره 1: 64-49.

مقدم، مژگان؛ حبیبی، رویا؛ دواتگران، کیوان؛ نظم ده، کاظم. (1388). *توان بخشی جامع ضایعه نخاعی*. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

**منابع انگلیسی:**

Alexander, C. J., Sipski, M. L., & Findley, T. W. (1993). Sexua activities desireand satisfaction in men pre-and post-spinal cord injury, Arch sex behav, ,JUN,22(3):227-2.

Beak, A. T., steer, R. A., & Brown, G. k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression .*Arch Gen psychol*; (4): 561-571.

Beck A., & Rush J.(2000). *Cognitive therapy of depression*. New York: Gilford Press; 13-15.

Benavente, A., Palazon, R., Tamayo, R., Moran, E., Alaejos, J. & Alcaraz, A. (2003). Assessment of disability in spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 16;25(18):1065-70.

Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial*.* [*Behaviour Research and Therapy*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967),  [49, 6–7](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967/49/6): 389–398.

Bullinger, M. (1991). Testing and evaluation quality of life measures for German clinical trials. *Controlled clinical trial*. 12:915.

Catalano, D.(2006). *Resiliency as a framework for predicting life adaptation in a community sample of Canadians with spinal cord injury*. [PhD dissertation]. Madison: Univ Wisconsin Madison.

Chen, H. Y., & Boore J. R. (2007). Establishing a super-link system: spinal cord injury rehabilitation nursing. *J Adv Nurs*; 57(6): 639-48.

Craig, A. R., Hancock, K. M., Dickson, H., et al.(1990). Psychological consequence of spinal cord injury: a review of the literature*. Aust N Z J Psychiatry* ; 24(3): 418-25.

Crewe, N. M. (1996).Gains and losses during spinal cord injury*. Spinal Cord Rehabil*; 26(1): 42-54. 24.

[Eilenberg](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205), T., Kronstrand, [L.,](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205)  Fink, [P.](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205) , & Frostholm,L.(2013). Acceptance and commitment group therapy for health anxiety – Results from a pilot study. [*Journal of Anxiety Disorders*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/08876185), [27, 5](http://www.sciencedirect.com/science/journal/08876185/27/5) : 461–468.

Fann, J., Crane, D., Graves, D., Kalpakjian, C., Tate, D., & Bombardier, C.(2013). Depression Treatment Preferences After Acute Traumatic Spinal Cord Injury, journal homepage ,*Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 94:2389-95.

Flaxman, P.E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. [*Behaviour Research and Therapy*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967), [48, 8](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967/48/8): 816–820.

Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Fox, J., Schreurs, K. M.G., & Spinhoven, P. (2013). The role of psychological flexibility in a self-help acceptance and commitment therapy intervention for psychological distress in a randomized controlled trial. [*Behaviour Research and Therapy*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967). [51, 3](http://www.sciencedirect.com/science/journal/00057967/51/3):142–151.

Harris, R. )2006(. Embracing your demons: An overview of aceeptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia* *;* 21(4):2-8.

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.

Hayes, S.C. )2004 .(Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*;35(4):639-665.

Heutink, M., Post, M. W., Bongers-Janssen, H. M., Dijkstra, C., Snoek, G., Spijkerman, D., & Lindeman, E. (2012). The CONECSI trial: Results of a randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. [*PAIN*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/03043959),  [153, 1](http://www.sciencedirect.com/science/journal/03043959/153/1), 120–128.

Hoffmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L. (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. [*Journal of Contextual Behavioral Science*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/22121447), [3, 3](http://www.sciencedirect.com/science/journal/22121447/3/3): 189–195.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Anxiety Disorder Overview: Kaplan and Sadocks Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. New York: Williams and Wilkins.

Kennedy, P., & Rogers, B. A. (2000). Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis. *Arch Phys Med Rehabil*; 81(7): 932-37.

Kennedy, P., Evans, M.J., Berry, C., & Mullin, J.(2003). Comparative analysis of goal achievement during rehabilitation for older and younger adults with spinal cord injury. *Spinal Cord*; 41(1): 44-52.

McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity*. J Sex Marital Ther*;26(1):25-40.

Park J., & Parks P.K. (1995). *textbook of prevention and social medicine*. 15th edition, India: Banarsids.

Parker, J. N., & Parker, P. M. (2002). The official patient’s sourcebook on spinal cord injury. ICON Health Publication, ICON Group International Inc.

Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2003*). Rating scales in mental health*. 2 ed. Lexicomp; 372-3.

Volshteny, O., & Macdonald, J. (2006*). Complications of spinal cord injury. In: Ewan RM, editor. Neurology and Treuma*. New York, NY: Oxford University. p. 281-306.

1. Spinal cord injury [↑](#footnote-ref-1)
2. Chen, H. Y [↑](#footnote-ref-2)
3. Boore J. R [↑](#footnote-ref-3)
4. Parker, J. N [↑](#footnote-ref-4)
5. Parker, P. M [↑](#footnote-ref-5)
6. Volshteny O [↑](#footnote-ref-6)
7. Macdonald J [↑](#footnote-ref-7)
8. Alexander, C. J [↑](#footnote-ref-8)
9. Sipski, M. L [↑](#footnote-ref-9)
10. Findley, T. W [↑](#footnote-ref-10)
11. Acceptance and commitment therapy [↑](#footnote-ref-11)
12. Hayes, S. C [↑](#footnote-ref-12)
13. Luoma, J.B [↑](#footnote-ref-13)
14. Bond, F, W [↑](#footnote-ref-14)
15. Masuda, A [↑](#footnote-ref-15)
16. Lillis J [↑](#footnote-ref-16)
17. Harris, R [↑](#footnote-ref-17)
18. Fledderus, M [↑](#footnote-ref-18)
19. Bohlmeijer, E. T [↑](#footnote-ref-19)
20. Fox, J [↑](#footnote-ref-20)
21. Schreurs, K. M.G [↑](#footnote-ref-21)
22. [Eilenberg](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205), T [↑](#footnote-ref-22)
23. Kronstrand, [L](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205)  [↑](#footnote-ref-23)
24. Fink, [P](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618513001205)  [↑](#footnote-ref-24)
25. Kennedy, P [↑](#footnote-ref-25)
26. Evans, M.J [↑](#footnote-ref-26)
27. Berry, C [↑](#footnote-ref-27)
28. Mullin, J [↑](#footnote-ref-28)
29. Rogers, B. A [↑](#footnote-ref-29)
30. Craig, A. R [↑](#footnote-ref-30)
31. Crewe, N. M [↑](#footnote-ref-31)
32. Catalano, D [↑](#footnote-ref-32)
33. Benavente A [↑](#footnote-ref-33)
34. Park J [↑](#footnote-ref-34)
35. Parks P.K [↑](#footnote-ref-35)
36. Hoffmann, D [↑](#footnote-ref-36)
37. Halsboe, L [↑](#footnote-ref-37)
38. Jensen, J [↑](#footnote-ref-38)
39. Frostholm, L [↑](#footnote-ref-39)
40. Fann, J [↑](#footnote-ref-40)
41. Heutink, M [↑](#footnote-ref-41)
42. Brinkborg, H [↑](#footnote-ref-42)
43. Michanek, J [↑](#footnote-ref-43)
44. Hesser, H [↑](#footnote-ref-44)
45. Berglund, G [↑](#footnote-ref-45)
46. Flaxman, P.E [↑](#footnote-ref-46)
47. Bond, F. W [↑](#footnote-ref-47)
48. Beak, A. T [↑](#footnote-ref-48)
49. steer, R. A [↑](#footnote-ref-49)
50. Brown, G. k [↑](#footnote-ref-50)
51. Rush J [↑](#footnote-ref-51)
52. Beck Anxiety Inventory; (BAI) [↑](#footnote-ref-52)
53. Arizona sexual experiences scale-Male [↑](#footnote-ref-53)
54. Sajatovic, M., & Ramirez, L. F [↑](#footnote-ref-54)
55. McGahuey, C. A [↑](#footnote-ref-55)
56. Jensen, m. p & Karoly, p [↑](#footnote-ref-56)