

اثر بخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلابه اسکروز چندگانه نوع عود کننده - فروکش کننده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۰۹

خلاصه

مقدمه: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان شناختی زنان مبتلابه بیماری مالتیپل اسکروزیز بود.

روش کار: با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از بین بیماران زن عضو انجمن اسکروز چندگانه‌ی کرمانشاه ۳۰ بیمار انتخاب شدند و دردو گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان اکت و گروه کنترل بدون دریافت درمان خاصی ۸ جلسه ملاقات ساده با درمانگر داشتند. مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-42) بر روی دو گروه قبل، بعد و سه ماه پس از کاربردی تجربی اجرا گردید.

نتایج: پس از دریافت مداخله درمانی میانگین گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی اضطراب و استرس با میانگین گروه کنترل به گونه معناداری تفاوت داشت ($P \leq 0.001$).

نتیجه گیری: روش مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلابه ام اس نوع بازگشت پذیر - فروکش کننده اثر گذار است و این روش درمانی برای بهبود وضعیت سلامت روان شناختی بیماران پیشنهاد می شود.

کلمات کلیدی: مالتیپل اسکروزیز، درمان پذیرش و تعهد، استرس، اضطراب، افسردگی

عظیم عظیمی^۱

شاهرخ مکوند حسینی^{۲*}

محمود نجفی^۳

پروین رفیعی نیا^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

(نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان،

ایران

^۴ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Email: shmakvand@semnan.ac.ir

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس که اختصاراً ام اس نامیده می شود شایع ترین بیماری التهابی سیستم اعصاب مرکزی است که در اثر آسیب دیدگی پوشش میلین سلول های مغز و نخاع پدیدار می شود و تا به امروز درمان قطعی برای آن دیده نشده است و به عنوان شایع ترین بیماری ناتوان کننده جوانان به شمار می رود. [۲۰] یکی از ویژگی های مهم این بیماری ماهیت پیش رونده آن است و با داشتن علائم متعدد و چند گانه نظارت مستمر تیم های چند رشته ای و تخصصی را ایجاب می نماید [۳]. هر چند این بیماری منشأ نورولوژی و خود ایمنی دارد، [۵،۴] اما وجود علائم روان شناختی شدید از جمله افسردگی که شایع ترین آن ها است [۶] در سال های اخیر به طور فزاینده ای توجه متخصصین سلامت روان را بر انگیزخته است. در تایید این ادعا مطالعه ای مروری فرا تحلیلی که اخیراً بر روی حدود ۹۰۰ فرد بیمار ام اس صورت گرفته است نشان داده است که ۳۰/۵ درصد از افراد نمونه مبتلا به افسردگی بوده اند [۷]؛ که این میزان از افسردگی در بیماران ام اس که حدوداً دو در صد جمعیت را شامل می گردند در قیاس با رواج آن در افراد غیر بیمار بسیار چشمگیر است [۸]. در پاره ای از مطالعات اخیر نیز شواهدی از وجود رابطه بین افسردگی و برخی از علائم جسمانی این بیماران مانند نقص در راه رفتن آنان مشاهده شده است [۹، ۱۰، ۱۱] که بعضی هم این رابطه را ناشی از خود پنداره بیماران از راه رفتن خود می دانند [۹]. علائم و نشانه های همراه بیماری ام اس مانند یک زنجیره به هم پیوسته بر یکدیگر اثر متقابل دارند و همدیگر را تقویت می کنند برخی یافته های نشان می دهد که بین افسردگی، خستگی، کاهش عملکرد عملکرد شناختی، عدم اطمینان، مهارت های توانمند سازی و خود مراقبتی در زنان مبتلا به MS رابطه وجود دارد [۱۲]. برخی شواهد نیز تأثیر غیر مستقیم اضطراب بر افسردگی را تایید می کنند و اضطراب را به عنوان یک عامل آسیب پذیری برای افسردگی از طریق مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم می دانند. بنابراین علائم اضطراب باید به طور سیستماتیک بررسی شوند و به منظور کاهش احتمال علائم افسردگی درمان شوند. [۱۳]. نکته مهم و قابل توجه دیگر

این است که مولتیپل اسکلروزیس (MS) و دیگر بیماریهای دمیالین فلومنتیک، اغلب علل ناتوانی طولانی مدت در بزرگسالان جوان به دلیل بیماری های سیستم عصبی مرکزی هستند و برخی از اختلالات روانشناختی مانند افسردگی در آن ها بسیار مکرر دیده می شود [۱]. این بیماری بیشتر قشر جوان و مولد جامعه انسانی، بویژه زنان جوان و بار آور را مورد حمله قرار می دهد و تهدیدی جدی برای رشد جمعیت و نیروی مولد است. اولین تظاهرات بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی بروز می کند و علائم شایع آن نظیر خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و درد، بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران تأثیری گذارد [۵، ۱۴]. بیماران ام اس، علاوه بر تحمل رنج ناشی از مشکلات جسمانی اکثراً از آسیبها و اختلالات روانی نیز در رنج هستند. به عنوان مثال، این افراد در بیشتر اوقات احساس افسردگی ناامیدی و اضطراب می کنند [۱۷]. بر اساس مطالعه ای دیگری که در نروژ بر روی ۱۴۰ بیمار صورت گرفته است ۳۱/۴ درصد بیماران مورد مطالعه از افسردگی و ۱۹/۳ درصد آنان از اضطراب داشتند و شیوع اضطراب در آنها بیشتر از جمعیت عادی بود [۱۶]. همین طور یافته های همه گیر شناسی نیز حاکی از آن است که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران بسیار بالا است به گونه ای که ۴۴/۶ درصد آنها از افسردگی ۲۹/۲ درصد از اضطراب و ۱۹/۲ درصد از استرس رنج می برند [۱۸]. علی رغم افزایش شدید اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به اسکلروز چند گانه اطلاعات کمی در مورد روابط درون آن ها وجود دارد [۱۳] در سال ۱۹۹۶، انجمن ملی اسکلروز چند گانه ایالات متحده آمریکا چهار دوره بالینی (نوع عود کننده- فروکش کننده، نوع پیش رونده- اولیه، نوع پیش رونده- ثانویه، نوع پیش رونده- عود کننده) را در آن گزارش نموده است [۱۵]؛ و نوع بازگشت پذیر- فروکش کننده که رایج ترین آنهاست حدود ۸۰ درصد بیماران را در شروع بیماری در برمی گیرد به عنوان یک مسئله سلامت روان، کمتر مورد توجه پژوهشی قرار گرفته، است در این نوع از ام اس فرایند عمل به این صورت است که به طور ناگهانی بیمار دچار حملاتی

باشند) غیر مضر ادراک نمایند [۲۶، ۲۷، ۲۸]. در این راستا APA و بسیاری از تحقیقات اخیر نتایج رضایت بخشی را در استفاده از اکت در کار بالینی به ویژه در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی ناشی از بیماری‌های مزمن جسمانی را مطرح کرده‌اند [۲۹، ۳۰].

با توجه به اینکه که در پاره ای از تحقیقات گذشته اثر بخشی روش‌های روان درمانی گروهی بر بهبود علائم روانی بیماران ام اس به ثبت رسیده است، اما خلأ پژوهش در زمینه میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر کاهش هم‌زمان متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در اسکروز چندگانه از نوع برگشت پذیر - فروکش کننده، به ویژه در میان جامعه زنان محسوس است. بنابراین پژوهش کنونی باهدف آزمایش اثربخشی رویکرد درمانی اکت به عنوان یک روش درمانی مکمل علاوه بر درمان های دارویی برای بیماران اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش کننده انجام شد با این امید که بتواند حالات اضطرابی، افسردگی و استرس جامعه هدف را بهبود بخشد.

روش کار

این پژوهش مطالعه ای نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود که با مجوز نظارت انجمن ام اس و تایید معاونت پژوهشی علوم پزشکی کرمانشاه انجام پذیرفت. جامعه‌ی آماری آن عبارت بود از کلیه زنان 20 تا 50 ساله مبتلا به بیماری ام اس که در سال ۱۳۹۵ در لیست مراجعین انجمن ام اس کرمانشاه قرار داشتند. حجم نمونه در این پژوهش ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد موجود در فهرست و نیز با اعمال ملاک‌های پژوهش انتخاب شد. که پس از انتخاب نهایی به صورت تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. سپس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) در آغاز کار و قبل از اجرای متغیر مستقل توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن گروه آزمایش به مدت هشت جلسه روش مداخله اکت را دریافت

می‌شود که یک یا چند قسمت از بدنش را متاثر می‌سازد. و متعاقباً بیمار تا حدود زیادی و یا به طور کامل بهبود می‌یابد و تا شروع حمله بعدی بیماری پیشرفت ندارد. حمله بعدی می‌تواند خیلی زود و یا سال‌ها بعد رخ دهد.

بر اساس برخی گزارشات، شیوع این بیماری در زنان بیشتر از مردان است برای نمونه در یک مطالعه‌ی طولی ۱۱ ساله روی بیماران زن، محققان نشانه‌های افسردگی و وخامت در سلامت روان‌شناختی آن‌ها را گزارش کرده‌اند [۱۹]. محققین پیشگیری از پیشرفت بیماری از طریق درمان سیستم ایمنی، همراه با تشخیص و درمان افسردگی و خستگی بیماران به منظور بهبود سلامت روان را از اولویت‌های درمان دانسته‌اند [۱۴]. برخی از آنها معتقدند که تدابیر غیر دارویی در درمان اضطراب و استرس این بیماران بسیار مفید است [۲۰، ۲۱]. بخصوص گروه‌درمانی و حمایت‌های اجتماعی که با شرکت فعال بیمار در مراقبت از خود، موجب ارتقای سلامت آن‌ها می‌شود [۲۲]؛ زیرا گروه‌های هم‌تا با به اشتراک گذاشتن تجارب خود، یکدیگر را در کسب مهارت‌ها جهت سازگاری با تنش ناشی از بیماری یاری می‌دهند. [۲۳]. در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی نسل سوم در زمینه درمان اختلالات خلقی و اضطرابی به صورت مکمل در کنار دارودرمانی بیماران می‌تواند مفی واقع شود [۲۴، ۲۵]. این نوع روان‌درمانی بر اساس این انگاره قرار دارد که رنج روان‌شناختی معمولاً به واسطه فرار از تجربیات روان‌شناختی بد (اجتناب تجربی) و گرفتار شدن در دام افکار خودمان که در نتیجه ناتوانی در زندگی بر اساس ارزش‌های بنیادی شخصی می‌باشد به وجود می‌آید. در واقع این رویکرد، نوعی درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و دوری از اجتناب تجربی که رابطه بسیار قوی با افسردگی و اضطراب دارد استفاده می‌کند و به بیماران یاد می‌دهد به فرایند شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در بافت و زمینه مشکل توجه نموده و ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا دگرگون کنند تا آن‌ها را به شکل علائم مرضی ادراک نکنند؛ بلکه این علائم را (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند

برای افسردگی، ۰/۸۱ برای استرس و ۰/۷۹ برای اضطراب، به دست آمده است. همبستگی مقیاس با پرسشنامه‌ی اضطراب و افسردگی بک نیز به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بوده است و روایی هم‌زمان خوبی را نشان می‌دهد [۳۱]. اعتبار این مقیاس در نسخه فارسی که با شیوه‌ی آلفای کرونباخ بدست آمده در حیطه‌ی افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۸۵ و استرس ۰/۸۷ گزارش شده است [۳۲]. همچنین در مطالعه‌ی افضل‌ی، دلاور، و همکاران، روی ۳۰۰ نفر همبستگی مقیاس افسردگی آن با تست افسردگی بک ۰/۸۴۹، همبستگی مقیاس اضطراب نیز با آزمون زونگ ۰/۸۳۱ و همبستگی میان مقیاس استرس و سیاهه استرس دانش آموزان نیز ۰/۷۵۷ بوده و ضریب آلفای محاسبه شده برای مقیاس افسردگی برابر با ۰/۹۴، مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۵ و مقیاس استرس برابر با ۰/۸۷ برآورد گردیده است. [۳۳].

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه، در آغاز در مورد روش مداخله توضیحاتی برای گروه آزمایش بیان شد و از آنان درخواست گردید تا فعالانه در تمامی جلسات درمان شرکت نمایند، پس از آن در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه *DASS-42* بر روی هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعدی گروه آزمایش در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اکت که در جدول شماره ۱ ارائه شده است را با چارچوب درمانی دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته پیاپی شرکت کردند. پس از پایان مداخله هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و سه ماه بعد در مرحله پیگیری با ابزار قبلی مورد ارزیابی قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد.

کردند. در این مدت گروه کنترل جز ۸ جلسه ملاقات ساده با درمانگر هیچ نوع مداخله دیگری دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی و ۳ ماه بعد از اتمام آن، مجدداً هر دو گروه مجدداً مقیاس *DASS-42* را تکمیل کردند. ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بود از: مبتلا بودن به بیماری ام اس نوع عودکننده فروکش‌یکنده با تشخیص پزشک متخصص - سطح سواد سوم راهنمایی و بالاتر و گستره سنی بیماران بین ۲۰ تا ۵۰ سال - ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن سایر بیماری‌های حاد و وخیم جسمانی - داشتن نشانه‌های شدید بیماری به گونه‌ای که جلوگیری از امکان شرکت آنان در جلسات باشد - وجود علایم روان گسیختگی و مشکلات عصب‌شناختی شدید - مصرف داروهای ضد استرس - افسردگی و اضطراب - احتمال خطر خودکشی و سوء مصرف مواد افیونی - میانگین سن شروع بیماری در شرکت‌کنندگان ۳۰ سال بود کمترین سن بیماران ۲۰ و بیشترین آن ۴۰ سال بود درصد مجردها بیشتر از متأهلین و درصد غیر شاغل نیز از شاغلین کمتر بود و بر اساس برآوردهای آماری تفاوت معنی‌داری به لحاظ متغیرهای سن، جمعیت و شغل و میزان تحصیلات در بین دو گروه آزمایش مشاهده نشد. داروی‌های مصرفی این بیماران با تجویز پزشکان معالج بیشتر از نوع نوانترون و اینتر فرون بتا بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس (*DASS*) در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند ساخته شد و دارای دوم فرم کوتاه و بلند است که فرم بلند که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است از ۴۲ عبارت تشکیل شده است و هریک از سازه‌های روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) را با ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار باز آزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱

جدول ۱- پروتکل اجرایی جلسات اکت (هیز، ۲۰۰۶)

جلسه اول: معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و سایر اعضای گروه، بیان اهداف و مقررات بیان مطالبی در مورد بیماری اسکروز چندگانه و پیامدهای آن مانند اضطراب، استرس و افسردگی و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، بیان و تشریح اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش فشارها روانی؛ ارائه‌ی تکلیف تا جلسه بعد

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه پیشین، بحث گروهی در خصوص احساسات و افکار اعضای گروه؛ بکارگیری فرایند آموزش چگونگی پذیرش افکار و احساسات خود بدون قضاوت، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف برای نوبت بعد و تاکید بر انجام قطعی آن
جلسه چهارم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و تمرین فن ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ آموزش فن حضور در لحظه حال و توقف فکر؛ تأکید مجدد بر اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار؛ ارائه تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ آموزش به منظور ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و شناخت موضوع قضاوت، دادن تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت کردن.
جلسه ششم: بررسی تکالیف ارائه شده در جلسه قبل، تمرین چگونگی برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود - ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از مددجویان نسبت به فرآیند آموزش‌های دریافت شده؛ آموزش اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ ارائه تکلیف
جلسه هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل و ارائه بازخورد - فعالیت گروه در یافتن مشکلات حل نشده در اعضای گروه؛ آشنایی اعضا با الگوهای رفتاری در زمینه امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛
جلسه هشتم: مشاهده و بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون و تعیین زمان مراجعه با نظر خواهی از اعضا برای سه ماه بعد بعد از زمان مقرر.

نتایج

جدول (۱) شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
گروه	میانگین	انحراف	میانگین
	معیار	معیار	انحراف
آزمایش	۲۱/۸۷	۹/۷۱	۱۵/۸۷
کنترل	۲۴/۶۷	۶/۵۶	۲۳/۹۳
آزمایش	۲۰/۰۷	۹/۹۲	۱۵/۵۳
اضطراب	۱۶/۱۳	۷/۵۱	۱۶/۱۳
افسردگی	۶/۵۲	۱۶/۱۳	۹/۹۲
	۵/۹۶	۲۴/۶۷	۵/۸۱
	۶/۹۲	۱۶/۱۳	۷/۵۱

۵/۲۶	۲۱/۴۷	۵	۲۱/۴۰	۵/۲۷	۲۱/۲۰	کنترل	
۵/۸۹	۱۹/۲۷	۶/۳۸	۱۹/۳۳	۹/۵۲	۲۶/۱۳	آزمایش	استرس
۴/۵۶	۲۷/۲۷	۴/۴۲	۲۷/۸۷	۴/۷۷	۲۸	کنترل	

فرضیه اول: بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

برای اینکه مشخص شود آیا این تفاوت در متغیرها معنادار است یا نه، از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش فرض‌های لازم، جهت تحلیل داده‌ها از آزمون کواریانس (نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون، خطی بودن رابطه بین متغیرها) انجام و در نهایت از این آزمون استفاده شد.

همانطور که نتایج جدول فوق نشان می‌دهد، میانگین همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری سه ماهه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. همچنین نتایج نشان داد که در پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود ندارد و در واقع با توجه به گمارش تصادفی، پیش فرض برابری میانگین نمرات آزمودنی‌ها در دو گروه در مرحله پیش آزمون از لحاظ آماری نیز برقرار است ($P > 0/05$).

جدول (۲) نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون

شاخص آماری	ارزش	F	سطح معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
اثر پیلائی	۰/۷۸۵	۲۸/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۵	۱
اثر هتلینگ	۳/۶۵۷	۲۸/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸۵	۱

معناداری وجود دارد ($P \leq 0/05$). میزان این تفاوت ۷۹ درصد می باشد، یعنی ۷۹ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می باشد. به منظور بررسی مقایسه تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

براساس جدول (۲) مشخص می‌شود که تفاوت بین ستروتیدهای دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. عبارت دیگر، بین بیمارانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند (گروه آزمایش) و بیمارانی که این درمان را دریافت نکردند (گروه کنترل) در مرحله پس آزمون، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت

جدول (۳) نتایج آزمون مانکوا مقایسه متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه در مرحله پس آزمون

متغیرها (پیش آزمون)	SS	Df	MS	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
افسردگی	۲۶۸	۱	۲۶۸	۵۱/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸	۱
اضطراب	۲۰۲/۲۰	۱	۲۰۲/۲۰	۴۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
استرس	۳۹۸/۴۸	۱	۳۹۸/۴۸	۶۱/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	۱

عضویت گروهی

به منظور بررسی اثر زمان بر ماندگاری اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش در طی زمان و با توجه به این مطلب که نفس زمان نیز یک نوع مداخله محسوب می‌شود، مجدداً با یک آزمون مانکوا، تفاضل میان نمره‌های پیش آزمون و نمره‌های پیگیری آزمون شد در صورتی می‌توان از دو آزمون مجزای مانکوا استفاده کرد که آلفای اسمی ۰/۰۵ برای آزمودن فرضیه پژوهش به آلفای ۰/۰۲۵ کاهش پیدا کند، به این شیوه (تقسیم آلفای اسمی بر تعداد مقایسه‌ها) تصحیح بن فرونی گفته می‌شود. لذا با توجه به اینکه سطوح معناداری کوچکتر از آلفای اصلاح شده (۰/۰۲۵) است، اشکال کاربرد دو آزمون مجزا برطرف می‌شود. نتایج حاصل از بررسی اثر زمان در جدول (۴) نشان داده شده است.

براساس نتایج جدول (۳) با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های پس آزمون در متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش و گروه کنترل معنادار است ($P \leq 0/05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس آزمون در نمره افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه تفاوت معنادار بوده است ($P \leq 0/05$). میزان تأثیر این درمان بر افسردگی ۶۸ درصد بر اضطراب ۶۴ درصد و استرس ۷۱٪ است. همچنین توان آماری ۱ در تمام متغیرها نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است. فرضیه دوم: بین میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

جدول (۴) نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری

شاخص آماری	ارزش	F	سطح معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
آزمون					

اثر پیلایی	۰/۷۱۶	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۶	۱
اثر هتلینگ	۳/۶۶	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۶	۱

($P \leq 0/05$). میزان این تفاوت ۷۲ درصد می‌باشد، یعنی ۷۲ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین گروه‌ها می‌باشد. به منظور بررسی مقایسه تاثیر درمان بر هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول (۵) ارائه شده است.

بر اساس جدول (۴) مشخص می‌شود که تفاوت بین سستروئیدهای دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است. عبارت دیگر، بین بیمارانی که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش دریافت کردند (گروه آزمایش) و بیمارانی که این درمان را دریافت نکردند (گروه کنترل) در مرحله پیگیری، حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد

جدول (۵) نتایج آزمون مانکوا مقایسه متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیرها	SS	Df	MS	F	P	میزان تأثیر	توان آماری
(پیش آزمون)							
افسردگی	۳۱۲/۵۰	۱	۳۱۲/۵۰	۵۰/۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱
اضطراب	۱۵۹/۶۱	۱	۱۵۹/۶۱	۲۶/۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
استرس	۳۴۸/۲۰	۱	۳۴۸/۲۰	۴۹/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱

عضویت گروهی

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهزیستی روان شناختی و کاهش نشانه‌های مهم روان‌شناختی بیماران ام اس مؤثر است؛ و این اثربخشی ۳ ماه پس از درمان، همچنان مشاهده گردید. به بیان دیگر بیماران پس از درمان در علائم افسردگی، اضطراب و استرس بهبودی فراوانی را تجربه کردند. همچنین نکته قابل توجهی که در این پژوهش مشاهده شد اینکه که اثر همزمان این روش مداخله بر متغیر استرس بیشتر از افسردگی و اضطراب بود. به گونه‌ای که تأثیرات در مرحله پس‌آزمون بر و بر استرس بیماران مورد نظر ۰/۷۱ افسردگی ۶۸ درصد و بر اضطراب آنان ۶۴٪ و در مرحله پیگیری نیز میزان تأثیر این درمان بر افسردگی ۶۷ درصد که

بر اساس نتایج جدول فوق با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمره‌های مرحله پیگیری در متغیر افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P \leq 0/05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده مرحله پیگیری در نمره افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه معنادار بوده است ($P \leq 0/05$). میزان تأثیر این درمان بر افسردگی ۶۷ درصد بر اضطراب ۵۱ درصد و بر استرس ۶۶ درصد است. همچنین توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است.

الینبرگ و همکاران (۲۰۱۶)، نیز در یک مطالعه با کاربردی تصادفی کنترل شده بر روی ۱۲۰ بیمار به این نتیجه رسیدند که اکت یک اکت یک روش درمانی منطقی و مؤثر در درمان اضطراب شدید بیماران است [۳۶] تویگ و لوین (۲۰۱۸) در یک مطالعه فرا تحلیلی ۳۶ مورد تحقیق را که در زمینه اثربخشی روش مداخله اکت بر بهبود علائم اضطراب و افسردگی بیماران انجام شده بود را مورد بررسی قرار دادند و در نهایت به این نتیجه رسیدند که این روش در درمان اضطراب و افسردگی مؤثر است [۳۷]. مورد مشابه و مورد اشاره دیگر نتایج تحقیق زمانی و همکاران (۲۰۱۷) است که در بررسی اثربخشی اکت بر کاهش اضطراب ۳۰ بیمار مبتلا به ام اس تفاوت معنی داری را بین نمرات اضطراب گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس از آزمون مشاهده کردند و اثر درمان سه ماه بعد همچنان باقی مانده بود [۳۴]. در تبیین چگونگی اثربخشی اکت به نظر می رسد سندروم توجه شناختی که توسط فرایندهای اساسی اکت معین و مشخص شده است بیانگر این واقعیت است که در بیماران سخت و مزمن نظیر ام اس، باورهای فراشناختی ناسازگار بر نشانه های اضطراب و استرس بیماران نقش میانجی دارد و بر آن ها اثر می گذارد و این اختلالات اضطرابی که زائیده سندرم توجه شناختی هستند توسط باورهای فراشناختی ناکارآمد حمایت می شوند و زمینه ساز فرایند همجوشی شناختی و اجتناب تجربی می گردند. و در این فرایند نا مطلوب افکار ناکارآمد و احساسات مخربی همچون (اندوهگینی، نگرانی و اضطراب، سرکوب فکر و غیره) سبب تشدید رنج بیماران می شود [۳۹]؛ و مکانیسم اصلی اکت کمک به پیشگیری از اجتناب تجربی و همجوشی شناختی و کاهش پریشانی ها و نگرش های ناکارآمد بیماران اسکروز چندگانه از طریق فرایند انعطاف پذیری روان شناختی است [۳۷]. با کاربست شش فرایند اصلی اکت، نهایتاً بیمار به انعطاف پذیری شناختی و پذیرش در مقابل اجتناب تجربی دست می یابد بدین صورت که بر اساس نظریه انعطاف پذیری شناختی، اشکال گوناگون آسیب شناسی روانی نیز به واسطه ی افراط فرد در توجه به مقررات رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا توسط رفتارهایی ارزش محور و حساسیت او به احتمالاتی که به آینده

نسبتاً پا برجاست از دو متغیر اضطراب با ۵۱ درصد و بر استرس با ۶۶ درصد بوده است. به طور کلی در بررسی نتایج این پژوهش و سایر پژوهش های اخیر مشاهده گردید که نتایج این پژوهش در اثر بخشی اکت بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی همسو است با نتایج تحقیقات (اورکی و همکاران، ۱۳۷۳؛ اورکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ زمانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ شیدایی و همکاران، ۲۰۱۵؛ یزد خواستی و همکاران، ۱۳۹۳؛ دیویسون و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایزدی و همکاران ۱۳۹۳، متین فر، ۱۳۹۳)؛ تویگ و لوین (۲۰۱۸). که در ادامه به خلاصه تشابه نتایج آنها اشاره میگردد. نخست به نتایج تحقیق رجبی و یزد خواستی [۲۷] اشاره می شود که آنها نیز در مطالعه ی خود به نتیجه ی نسبتاً مشابهی دست یافتند و یافته های آنان نشان داده است که میزان اثربخشی اکت بر افسردگی را بیشتر از اضطراب بوده است به عبارت دیگر نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس از آزمون به طور معناداری کاهش یافته است و اندازه اثر را برای افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۴۸ بیان کرده اند و این کاهش در مدت پیگیری یک ماهه نسبتاً ثابت مانده است. نتایج مطالعه دیویسون و همکاران (۲۰۱۶) نیز با نتایج پژوهش از آن جهت مشابهت دارد که آن ها نیز اثر بخشی اکت را بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی بیماران ام اس در پس آزمون سه ماه پس از آن مشاهده نمودند به ویژه از این نظر که در تحقیق آنها میزان اثر بخشی اکت بر افسردگی بیش از اضطراب بود [۳۸]؛ که در تبیین دلیل آن گمان می رود مسن بودن افراد در هنگام مطالعات باشد. زیرا بر اساس نتایج حاصل از مطالعات گذشته مشاهده گردیده است که در هنگام شروع ام اس اضطراب بیماران بیشتر از افسردگی است و پس از چند سال که از عمر بیماران می گذرد به دلیل احساس خستگی و ناامیدی در آنها نشانه های افسردگی بیشتر نمایان می شود. به عبارت دیگر آن ها کم کم به بیماری خو می گیرند و هر چند اضطراب آنها پا برجاست اما به شدت افسردگی که به نوعی از خستگی و احساس ناامیدی تاثیر می پذیرد نیست [۳۵] یافته های جانبی تحقیق حاضر نیز نشان داد که نمره افسردگی افراد مسن بالاتر از افراد جوان است.

است باعث تورش داده‌ها شده باشد. همچنین یکی از ضعف‌های روش تجربی کوچک بودن حجم نمونه است که تعمیم نتایج را محدود می‌سازد و مضافاً با توجه به ماهیت روشهای درمان گروهی روان شناختی به منظور اثربخشی بیشتر، امکان استفاده از نمونه‌ای با حجم کستره‌تر از محدودیت‌های این پژوهش است.

سپاس و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی آقای عظیم عظیمی برای اخذ درجه دکتری تخصصی روانشناسی از دانشگاه سمنان می‌باشد که تحت راهنمایی کامل آقای دکتر شاهرخ مکوند حسینی و مشاوره خانم دکتر پروین رفیعی‌نیا در محدوده سال‌های ۹۴ تا ۹۷ انجام گردید. بدین‌وسیله از کلیه بیماران و نیز مسئولین محترم انجمن اسکروز چندگانه و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به خاطر اعطای مجوز و نظارت بر انجام این مهم و همکاری‌های صمیمانه‌شان تشکر و قدردانی می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی اساتید راهنما و مشاور و همچنین افراد مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

References

1. Brochet B, editor. Neuropsychiatric symptoms of inflammatory demyelinating diseases. Springer; 2015 Jul 23.
2. Vosoughi R, Freedman MS. Therapy of MS. J Neurol neuro: Atlas mult. 2008; 112:85365.
3. Carlos Albuquerque, et al. Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants / Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015; 171: 359 – 365.
4. Bruce, S., Rabin, M. Can stress participate in pathogenesis of auto immune disease? JAH. 2002; 30 (4): 71-75.
5. Fiest, K.M. et al. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis Multiple Sclerosis and Related Disorders. (2016); 5: 12–26.
6. Feinstein, A., Magalhaes, S., Richard, J.F., Audet, B., Moore, C., The link between multiple sclerosis and depression. Nat, Rev, Neurol. 2014; 10: 507–517.
7. Boeschoten, R.E., Braamse, A.M., Beekman, A.T., et al. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. J. Neurol. Sci. 2017; 372: 331–341.
8. Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, I., et al., Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. BMC Med 2011. 9- 90.

مربوط می‌شوند تفسیر می‌گردد. افراد فاقد انعطاف‌پذیری به هنگام هیجانات و احساس اندوه به نشخوار فکری گرایش روی می‌آورند زیرا آنها به سختی قادرند روشهای مقابله‌ای جایگزین را برای گسلش از چنین احساساتی به کار ببندند و انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند موجب سازگاری فکر و رفتار فرد در پاسخ به تحولات محیطی شود، [۴۰].

در یک جمع‌بندی نهایی با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش همراه با نتایج مشابه در تحقیقات دیگر به نظر می‌رسد رویکرد درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی در کنار درمان دارویی بیماران اسکروز چندگانه نوع بازگشت‌پذیر - بهبود یافته، در کاهش نشانه‌های روان شناختی این بیماران مفید است و بر همین اساس می‌توان به این نکته اشاره نمود که اکت‌دارای فنون درمانی قوی است که می‌تواند موجب بهبود حالات روان‌شناختی رایج (اضطراب، افسردگی و استرس) در بیماران اسکروز چندگانه شود و تأثیرات مثبت بر روند کلی درمان آن‌ها به‌ویژه در زنان مبتلا دارد. از آنجا که روی این نوع از ام‌اس خلاء پژوهشی در گروه مردان نیز مشاهده می‌شود انجام تحقیقات مشابه در این زمینه با مردان و نیز انواع دیگر همین بیماری به صورت مقایسه‌ای به پژوهشگران آینده قابل توصیه می‌گردد.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به مشکل عدم مشارکت منظم شرکت‌کنندگان در جلسات درمان به خاطر مشکلات ناشی از بیماری درمان‌های طبی اشاره نمود که ممکن

9. Kalron, A, Aloni R. Contrasting relationship between depression, quantitative gait characteristics and self-report walking difficulties in people with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 2018; 19: 1-5.
10. Motl, R.W., Balto, J., Ensari, I., Hubbard, E., Self-efficacy and walking performance in persons with multiple sclerosis. *J. Neurol. Phys. Ther* 2017; 41 (2): 114-118.
11. Ensari, I., Adamson, B.C., Motl, R.W., Longitudinal association between depressive symptoms and walking impairment in people with relapsing-remitting multiple sclerosis. *J. Health Psychol* 2015: 1-10.
12. Gray, C. L. (2014). Depression, Fatigue, Declines in Cognitive Function and Uncertainty in Women with Multiple Sclerosis.
13. Gay MC, Bungener C, Thomas S, Vrignaud P, Thomas PW, Baker R, Montel S, Heinzlef O, Papeix C, Assouad R, Montreuil M. Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC neurology*. 2017 Dec; 17(1):43.
14. Friscka-Nagy, Sze. Judith Füvesi, Scylla Rózsa, Samuel Comely, Gabor Jakab, Tünde Csépany, Zita Jobbágy, Gular Lances, Laszlo Vécsei, Krisztina Bencsik. The effects of fatigue, depression and the level of disability on the health-related quality of life of glatiramer acetate-treated. *Multiple Sclerosis and Related Disorders* 2016; 7: 26-32.
15. Lublin, Fred D Reingold SC; National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis (April 1996). "Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey". *Neurology* 46 (4): 907-11. PMID 8780061.
16. Beiske, A., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E., Aarseth, J., & et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology* 2008; 15(3): 239-45.
17. Toro J, Cárdenas S, Martínez CF, Urrutia J, Díaz C. Multiple sclerosis in Colombia and other Latin American countries. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2013 Apr 1; 2(2):80-9.
18. Dehghan A, Memarian R. Abundance of Stress, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients. *Aumj*. 2013; 2 (2):82-88.
19. Giordano A, Ferrari G, Radice D, Randi G, Bisanti L, Solari A. Self-assessed health status changes in a community cohort of people with multiple sclerosis: 11 years of follow-up. *Eur J Neurol* 2013; 20: 681-8.
20. Percy, C. A., Gibbs, T., Potter, L., & Boardman, S. Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(10):2046-2055.
21. Noonan CW, Williamson DM, Henry JP, Indian R, Lynch SG, Neuberger JS, Schiffer R, Trottier J, Wagner L, Marrie RA. The prevalence of multiple sclerosis in 3 US communities. *Preventing Chronic Disease*. 2010; 7(1).
22. Hansen, M. Cancer nursing. Principles and practice. 2000: 5th ed. London.
23. Shovan S A, Salvi SL, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2015, 21;9(34):57-66 (Text in Persian).
24. Rajabi, S. M.A. Yazdkhasti, F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association, *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 6, No. 1 (21), Spring 2014:29-38.
25. Canter, J W, Baruch, D E, & Gaynor, S T. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst* 2006; 29:161-185.
26. Hayes, S. C., Leoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy* 2006; 44(1): 1-25.
27. Forman, E. M., & Herbert, J. D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue, je. Fisher, (ends), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, Wiley 2008: 263-265.
28. hosseinian S, pordelan N, heidari H, salimi S. Analysis of exhaustion vocational Nurses structure with Structural Analysis of Burnout among Nurses Considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014; 24 (113):37-46.

29. Amir F, Ahadi H, Hatamian H, Nikkhah K, Seirafi M. (2017). the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Group Logotherapy in Reducing Perceived Stress among MS Patients. *Caspian J Neurol Sci*; 3(11): 175-184.
30. Hallis L, Cameli L, Dionne F, Knäuper B. Combining Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment Therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2016 Jun; 26(2):186.
31. Lavibond PF and L.SH. (1995). the structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research Therapy*. 33(3): 335-343.
32. Sahebi, A, Asghari M J, Salari R S. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21)
33. Afzali, A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as assessed in a of Kermanshah highschool students. *Journal of research in behavioural scinses*. 2007, Volume 5, Number 2 (10): 81 – 92.
34. Zamani, E. Moatamedy, A. Bakhtiari, M. The effectiveness of acceptance and commitment groupTherapy on anxiety in multiple sclerosis. *Health Psychology/ Vol 5. No 20/ winter 2017: 152-167*.
35. Wood B, Van Der Mei IA, Ponsonby AL, Pittas F, Quinn S, Dwyer T, Lucas RM, Taylor BV. Prevalence and concurrence of anxiety, depression and fatigue over time in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 2013 Feb; 19(2):217-24.
36. Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frosthholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2016 Jan; 46(1):103-15.
37. Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*. 2017 Dec 1; 40(4):751-70.
38. Davison TE, Eppingstall B, Runci S, O'Connor DW. A pilot trial of acceptance and commitment therapy for symptoms of depression and anxiety in older adults residing in long-term care facilities. *Aging & mental health*. 2017 Jul 3; 21(7):766-73.
39. Ruiz FJ, Odriozola-González P. A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*. 2016 Dec 28; 33(1):7-17.
40. Oraki.M, Mahdizadeh D. Comparing the effectiveness of emotion regulation-focused cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on reducing the backache symptoms and depression and increasing life satisfaction in women suffering from chronic backache with commorbid major depressive disorder. *Health Psychology*. 2018 Aug 23; 7(26):25-43.

*Original Article***The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment (ACT) on the psychological well-being of women with relapsing-remitting multiple sclerosis**

Received: 03/03/2020 - Accepted: 27/02/2021

Azim Azimi¹
Shahrokh Makvand Hoseini^{2*}
Mahmood Najafi³
Parvin Rafieenia⁴

¹ Ph.D student in Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

² Associate professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
(Corresponding Author)

³ Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

Email: shmakvand@semnan.ac.ir

Abstract

Introduction: The purpose of this study was effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the psychological symptoms (anxiety, depression and stress) in women with relapsing-remitting MS (RRMS).

Methods: Materials and Methods: A sampling method was used to select 30 women from multiple sclerosis patients in Kermanshah (Iran). They were randomly assigned into two groups of experimental and control (n = 15 in each group). The experimental group received 8 group sessions of Acceptance and Commitment Therapy and control group did not receive any treatment. The DASS-42 scale was completed by both groups at three stages before, past and three months after the test.

Results: The mean of psychological symptoms (depression, anxiety, and stress) was significantly different between the experimental and control groups after treatment ($P \leq 0.001$).

Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy is effective in reducing the anxiety, depression and stress of women with relapsing-remitting type of multiple sclerosis. This method is recommended as a complementary psychosocial treatment for these patients.

Keywords: Multiple Sclerosis, Acceptance And Commitment Therapy, Stress, Anxiety, Depression