



Semnan University of Medical Sciences

KOOMESH

Journal of Semnan University of Medical Sciences

Volume 20, Issue 4 (Autumn 2018), 603-807

ISSN: 1608-7046

Full text of all articles indexed in:

Scopus, Index Copernicus, SID, CABI (UK), EMRO, Iranmedex, Magiran, ISC, Embase

مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش کننده: یک مطالعه با کاربندی تصادفی کنترل شده

عظیم عظیمی^۱ (Ph.D student)، شاهرخ مکوند حسینی^{۲*} (Ph.D)، محمود نجفی^۱ (Ph.D)، پروین رفیعی نیا^۲ (Ph.D)

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۳۱

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۲۳۰۷۲۴۱۱ shmakvand@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: در سال‌های اخیر درمان‌های روان‌شناختی به عنوان درمانی مکمل در کنار درمان‌های دارویی به کمک درمانگران شناخته شده است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم اضطراب، افسردگی و استرس زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش کننده انجام شد.

مواد و روش‌ها: با روش نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران زن عضو انجمن اسکروز چندگانه‌ی کرمانشاه ۴۵ بیمار انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش اول ۸ جلسه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) دریافت کردند. گروه آزمایش دوم نیز ۱۰ جلسه گروهی معنادرمانی را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل تنها ۸ جلسه ملاقات گروهی ساده با درمانگر داشتند. گروه‌ها قبل، بعد و سه ماه پس از کاربندی آزمایشی مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس، را تکمیل کردند.

یافته‌ها: میانگین علائم اضطراب، افسردگی و استرس هر دو گروه آزمایش پس از دریافت مداخلات درمانی با میانگین گروه کنترل به گونه معنادار متفاوت بود، در حالی که میانگین‌های دو گروه آزمایش تفاوت معناداری با هم نداشتند. نتیجه‌گیری: معنادرمانی و اکت به یک میزان در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده - فروکش‌یابنده مؤثر است و به‌عنوان درمان‌هایی تکمیلی در کنار درمان دارویی‌شان، قابل توصیه است.

واژه‌های کلیدی: اسکروز چندگانه، معنادرمانی، درمان پذیرش و تعهد، استرس، اضطراب، افسردگی

مقدمه

اسکروز چندگانه یک بیماری غالباً عودکننده است که درمان قطعی ندارد. این بیماری غیرقابل برگشت و دارای ماهیت پیش‌رونده است و تظاهرات چندشکلی آن نظارت مستمر یک تیم چندرشته‌ای تخصصی را ایجاب می‌کند [۱]. اسکروز چندگانه شایع‌ترین بیماری ناتوان‌کننده جوانان به شمار می‌رود که به علت فرایند التهابی میلین‌زدای سیستم عصبی مرکزی اتفاق می‌افتد [۲]. عوارض بالینی آن به سه صورت اولیه (نتیجه مستقیم آسیب میلین مانند خستگی، ضعف عضلانی و...)، ثانویه (مثل تکرر ادرار و... به دنبال علائم اولیه) و ثالث (اختلال در ارتباطات اجتماعی بیمار مانند افسردگی که بسیار شایع است) مشاهده می‌گردد [۳]. این بیماری به‌طور فزاینده در سال‌های اخیر توجه متخصصین سلامت روان را به خود جلب

کرده است زیرا اگرچه منشأ نورولوژی و خودایمنی دارد، اما قویاً با علائم مهم روان‌شناختی همراه است [۴، ۵] که افسردگی شایع‌ترین آن‌ها است [۶]. یافته‌های مطهری‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد اختلال خواب و خستگی که از شکایات اصلی بیماران است به‌شدت تحت تأثیر افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرد لذا ضرورت دارد که درمانگران درمان افسردگی و اضطراب و وضعیت‌شناختی را جهت درمان آن‌ها مورد توجه قرار دهند [۷]. بر اساس مطالعه‌ی مروری فراتحلیلی اخیراً بر روی حدود ۹۰۰ فرد بیمار اسکروز چندگانه میزان ابتلا به افسردگی ۳۰/۵ درصد گزارش گردیده است [۸]؛ که در مقایسه با شیوع آن در افراد عادی که حدود دو در صد جمعیت را شامل می‌گردد، بسیار چشمگیر است [۹]. در برخی از پژوهش‌های اخیر نیز از وجود رابطه بین افسردگی و نقص در

شواهد تجربی گذشته نشان داده‌اند که روش‌های گروه‌درمانی بر بهبود علائم روانی بیماران اسکروز چندگانه اثربخش بوده است، اما خلأ پژوهش در زمینه‌ی مقایسه‌ی میزان اثربخشی دو روش معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از یک سو و از سوی دیگر اثربخشی هر یک از این دو روش بر کاهش هم‌زمان متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در این نوع از اسکروز چندگانه به‌ویژه در میان جامعه زنان محسوس است. لذا پژوهش حاضر به‌عنوان یک کاربردی جدید و با هدف آزمایش و مقایسه اکت و معنادرمانی، به‌عنوان درمان‌های تکمیلی در کنار درمان دارویی برای این نوع از بیماران اسکروز چندگانه و با این امید که این اقدامات تکمیلی بتوانند حالات اضطرابی، افسردگی و استرس جامعه هدف را بهبود بخشد انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی حاضر از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری همراه با گروه کنترل بود. این طرح توسط کمیته اخلاق در پژوهش علوم زیستی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مورد تایید قرار گرفت. جامعه‌ی آماری زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به بیماری اسکروز چندگانه در سال ۱۳۹۵ در فهرست مراجعه‌کنندگان انجمن اسکروز چندگانه کرمانشاه بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد موجود در فهرست و نیز با اعمال ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد. ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بود از: ابتلا به اسکروز چندگانه نوع عودکننده فروکش‌یافته - دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال - سطح سواد بالاتر از سوم راهنمایی - وجود علائم روان‌شناختی (اضطراب - استرس و افسردگی) و علاقه‌مند بودن. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: وجود علائم حاد بیماری به‌گونه‌ای که امکان حضور آنان در جلسات وجود نداشته باشد - ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی دیگر، اختلالات عصب‌شناختی و خیم یا وجود نشانه‌های روان‌گسستگی - احتمال خطر خودکشی - مصرف هم‌زمان داروهای ضدافسردگی و یا ضد اضطراب - سوءمصرف مواد. که در نهایت ۴۵ بیمار که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. سپس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) در همان ابتدای کار توسط هر سه گروه تکمیل شد. پس از آن گروه آزمایش ۱ به مدت هشت جلسه اکت و گروه آزمایش ۲ نیز ده جلسه معنادرمانی را دریافت کردند. گروه کنترل جز ملاقات ساده با درمانگر هیچ نوع مداخله دیگری دریافت

راه رفتن بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه سخن به میان آمده است [۱۲،۱۱،۱۰] و برخی این رابطه را ناشی از خود پنداره بیماران از راه رفتن خودشان عنوان کرده‌اند [۱۳]. اولین تظاهرات بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی بروز می‌کند و علائم شایع آن نظیر خستگی، افسردگی، اضطراب، استرس و درد، بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران تأثیر می‌گذارد [۱۳،۵]. در سال ۱۹۹۶، انجمن ملی اسکروز چندگانه ایالات متحده آمریکا چهار دوره بالینی (عودکننده - فروکش‌کننده، پیش‌رونده - اولیه، پیش‌رونده - ثانویه، پیش‌رونده - عودکننده) را در آن مطرح کرده است [۱۴]؛ که شایع‌ترین آن‌که به‌عنوان یک مسئله سلامت روان، کم‌تر مورد پژوهش قرار گرفته، نوع عودکننده - فروکش‌کننده است که ۷۵ درصد بیماران را در شروع بیماری شامل می‌شود. در مطالعه‌ای بر روی ۱۴۰ بیمار نروزی ۳۱/۴ درصد بیماران از افسردگی و ۱۹/۳ درصد از اضطراب رنج می‌بردند. شیوع اضطراب در آن‌ها از جمعیت عادی بیش‌تر بود [۱۵]. یافته‌های شیوع شناسی نشان داده که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران بالا است طوری که ۴۴/۶ درصد آنان از افسردگی، ۲۹/۲ درصد از اضطراب و ۱۹/۲ درصد از استرس رنج می‌بردند، لذا نمایش مناسب جهت مقابله و یا سازگاری با این علائم در بیماران ضرورت دارد [۱۶].

شیوع این بیماری در زنان بیش‌تر از مردان است. در یک مطالعه‌ی طولی ۱۱ ساله روی بیماران زن، محققان نشانه‌های افسردگی و وخامت در سلامت روان‌شناختی آن‌ها را گزارش کرده‌اند [۱۷]. برخی محققان معتقدند که تدابیر غیر دارویی در درمان اضطراب و استرس این بیماران بسیار مفید است [۱۹،۱۸]. به‌خصوص گروه‌درمانی و حمایت‌های اجتماعی که با شرکت فعال بیمار در مراقبت از خود، موجب ارتقای سلامت آن‌ها می‌شود [۲۰]. در زمینه‌ی اثربخشی معنادرمانی گروهی بر عوارض روان‌شناختی مبتلایان به بیماری‌های جسمی دشوار و مزمن، یافته‌های پژوهشی مؤید اثربخشی این رویکرد بر اختلالات خلقی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس است [۲۲،۲۱]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به‌عنوان یکی دیگر از درمان‌های روان‌شناختی، به‌صورت تکمیلی در کنار دارودرمانی بیماران می‌تواند موثر باشد. این نوع روان‌درمانی جزء درمان‌های رفتاری نسل سوم در زمینه‌ی درمان اختلالات خلقی و اضطرابی است [۲۴،۲۳]. بر اساس گزارش انجمن روان‌شناسی آمریکا بسیاری از تحقیقات اخیر نتایج رضایت‌بخشی را در استفاده از اکت در کار بالینی و مخصوصاً در کار با بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی ناشی از بیماری‌های مزمن جسمانی را مطرح کرده‌اند [۲۵]. هر چند

است [۲۷]. هم‌چنین در مطالعه‌ی افضل‌ی، دلاور، و همکاران، روی ۳۰۰ نفر هم‌بستگی مقیاس افسردگی این آزمون با تست افسردگی بک ۰/۸۴۹، هم‌بستگی مقیاس اضطراب نیز با آزمون زونگ ۰/۸۳۱ و هم‌بستگی میان‌مقیاس استرس و سیاهه استرس دانش‌آموزان نیز ۰/۷۵۷ بوده و ضریب آلفای محاسبه‌شده برای مقیاس افسردگی برابر با ۰/۹۴، مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۵ و مقیاس استرس برابر با ۰/۸۷ برآورد گردیده است [۲۸].

روش اجرا. پس از انتخاب نمونه، نخست در مورد روش‌های مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش ارائه گردید و از آن‌ها خواسته شد تا در همه جلسات درمان حضوری فعال داشته باشند، سپس ۴۲ DASS - در مرحله پیش‌آزمون بر روی هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعدی گروه آزمایش ۱ در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اکت که در جدول ۱ ارائه شده است را با چارچوب درمانی دو جلسه در یک هفته و طی چهار هفته پیاپی شرکت نمودند. گروه آزمایش ۲ نیز ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای در جلسات معنادرمانی مطابق جدول ۳ به‌صورت دو جلسه در هفته و طی ۵ هفته متوالی شرکت نمودند. در پایان مداخلات هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و سه ماه بعد در مرحله پیگیری با همان ابزار مورد سنجش قرار گرفتند و در این مدت گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

نکردند و به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش در نوبت درمان یکی از درمان‌های تکمیلی به انتخاب خودشان قرار گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی و ۳ ماه بعد از اتمام آن، مجدداً هر دو گروه مقیاس مورد نظر را تکمیل کردند میانگین سن شروع بیماری در شرکت‌کنندگان ۳ سال بود کم‌ترین سن بیماران ۲۰ و بیش‌ترین 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 سه گروه آزمایش دیده نشد بیش‌ترین داری مصرفی بیماران با تجویز پزشکان معالج نوانترون و اینترفرون بتا بود که بیش‌تر برای درمان اسکروز چندگانه پیش‌رونده - فروکش‌کننده به کار می‌رود.

ابزار گردآوری داده‌ها. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): این مقیاس در سال ۱۹۹۵ ساخته شد و دارای ۴۲ عبارت است که هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را با ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اعتبار بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۷۱ برای افسردگی، ۰/۸۱ برای استرس و ۰/۷۹ برای اضطراب، به‌دست آمده است. هم‌بستگی مقیاس با پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بک نیز به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بوده است و حاکی از روایی هم‌زمان خوبی است [۲۶]. نسخه فارسی این مقیاس با شیوه‌ی آلفای کرونباخ در حیطه‌ی افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۸۵ و استرس ۰/۸۷ گزارش شده

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

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان اهداف و مقررات و اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم: بررسی تکلیف، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش فشارها روانی؛ ارائه‌ی تکلیف
جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش چگونگی پذیرش افکار و احساسات خود بدون قضاوت، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف
جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی فن ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی فن حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ ارائه تکلیف.
جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و شناخت موضوع قضاوت، ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.
جلسه ششم: بررسی تکالیف، برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ آموزش اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ ارائه تکلیف
جلسه هفتم: بررسی تکالیف، ارائه‌ی بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛
جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون و تعیین زمان بازگشت در سه ماه بعد

جدول ۲. تدوین پروتکل جلسات گروه‌درمانی بر اساس منابع در دسترس

جلسات	محتوی جلسات	تکالیف
۱	آشنایی مشاور و اعضای گروه با یکدیگر، بیان اهداف و قوانین، بیان مطالبی در مورد بیماری اسکروز چندگانه و پیامدهای آن مانند اضطراب، استرس و افسردگی شرح مختصری از معنا درمانی فرانکل	تهیه فهرستی از وقایع معنا ساز در زندگی
۲	بررسی تکلیف، آماده‌سازی اعضا برای در نظر آوردن بیماری اسکروز چندگانه به‌عنوان یک رویداد معنا ساز در زندگی آن‌ها	تهیه فهرستی از تحولات مثبت و منفی ناشی از اسکروز چندگانه
۳	بررسی تکلیف جلسه پیش و آموزش منابع معنا در رویکرد فرانکل (ارزش‌های خلاق، ارزش‌های تجربی، ارزش‌های نگرشی) و شرح هریک از آن‌ها با استفاده از بیان نمونه‌هایی در زندگی هریک از اعضا	جستجو و ثبت مصادیقی از این سه منبع در جریان زندگی خود
۴	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه پیشنهادهایی در خصوص عملی نمودن چگونگی ساختن مصادیق معنا از بافت تاریخی زندگی و گفتگوی گروهی پیرامون مسئولیت‌پذیری، آزادی و قدرت اراده	تهیه فهرستی از موقعیت‌های استرس‌زا و اضطراب‌آور در زندگی خود
۵	بررسی تکلیف جلسه پیشین و آموزش فن قدرت تلقین برگرفته از معنویت و تشریح فن فراخوانی: به کار بستن اصول فراگرفته در زمینه‌های استخراج شاخصه‌های معنویت در اعضا و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌آور در آنان	به کار بستن فن فراخوانی در موقعیت‌های استرس‌زا اضطراب‌آور و نوشتن تجربه
۶	بررسی تکلیف، گرفتن معنا از میان تجربه ارزش‌ها و گرفتن معنا از آرزوها و امیدها گفتگوی گروهی در زمینه غم و عشق و معنایی که می‌توان از آن گرفت	نوشتن تجارب پیشین خود در مورد احساس غم و عشق نحوه واکنش قبلی و اکنون خود
۷	بررسی تکلیف، گفتگوی جمعی در مورد درک و دریافت معنای مرگ به‌عنوان یک واقعیت هستی، گریزناپذیری مرگ، بیان تجربه‌هایی که در واکنش به احساس مرگ در گذشته داشته‌اند.	یادآوری و ثبت تجارب پیشین خود در واکنش به احساس مرگ و مقایسه با واکنشی که اکنون به این احساس دارند.
۸	گفتگوی گروهی در زمینه حضور خدا در ژرف‌ترین لایه وجودی انسان (خدای ناخودآگاه) و بیان تجربه‌های شخصی در این زمینه. جمع‌بندی درمانگر	تجربه‌هایی را به یاد آورید و بنویسید که چگونه با بخش مقدس‌ان ارتباط برقرار کردید؟
۹	آموزش حمایت عاطفی اعضا از یکدیگر، تکمیل جملات ناتمام مانند (اگر دوباره به دنیا بیایم... مرگ برای من... من می‌توانم... من به اسکروز چندگانه می‌گویم...). برای تعامل و حمایت عاطفی اعضا با یکدیگر و تشویق اعضا برای درخواست حمایت عاطفی از یکدیگر	پرواز اندیشه برای گرفتن معنا از بیماری اسکروز چندگانه
۱۰	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه. و اجرای پس‌آزمون	تعیین زمان بازگشت در سه ماه بعد

نتایج

در جدول ۳ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در متغیرهای، افسردگی، اضطراب و استرس در پس‌آزمون یعنی پس از درمان با رویکرد اکت، به ترتیب ۶ نمره، ۴/۷۴ نمره و ۶/۸ نمره نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است. و این کاهش در مرحله پیگیری نیز تقریباً پایدار مانده است. درمان با رویکرد معنادرمانی نیز به ترتیب ۶/۶۶ نمره ۴/۴۷ نمره و ۸/۸۷ نمره نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش به دنبال داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری اندکی نمایان‌تر است. در حالی که میانگین نمرات ذکر شده در گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت محسوسی نداشته است. نتایج حاصل از آزمون لوین نشان داد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($P < 0/05$). هم‌چنین نتایج حاصل از آزمون ام‌پاکس (همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس) پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در همه تحلیل را تأیید نمود. به‌منظور بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز تعامل

بین متغیرهای وابسته و هم‌پراش بررسی شد. در مجموع بررسی‌ها نشان داد که پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری رعایت شده است. تحلیل کوواریانس چندمتغیره در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری شاخص تحلیل واریانس نشان داد اثر پیلایی معنادار بوده است ($P \leq 0/001$). ضرایب اتا برای دو مرحله ۰/۴۱ و ۰/۳۴ بوده است که متوسط ارزیابی می‌شود.

بر اساس نتایج در جدول ۴ می‌توان گفت با حذف تأثیر تفاوت نمرات پیش‌آزمون افراد در گروه‌های تحقیق، تفاوت بین میانگین نمرات در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه‌درمانی و گروه کنترل، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری هم‌چنان معنادار است ($P \leq 0/05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون در نمره افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه ($P \leq 0/05$) معنادار است. میزان تأثیر این درمان در مرحله پس‌آزمون بر کاهش افسردگی ۶۰ درصد، بر کاهش اضطراب ۵۶ درصد و بر کاهش استرس ۶۸ درصد است. در مرحله پیگیری میزان تأثیر

وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با هم تفاوت دارند مقایسه زوجی انجام گرفت. نتایج در جدول ۵ گزارش شده است.

این درمان بر کاهش افسردگی ۶۰ درصد، بر کاهش اضطراب ۴۹ درصد و بر کاهش استرس ۵۸ درصد به دست آمده است. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه کافی بوده است. جهت بررسی این که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران اسکروز چندگانه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
افسردگی	اکت	۲۱/۸۷	۹/۷۱	۱۵/۸۷	۶/۶۴	۶/۵۲
	معنا درمانی	۲۵/۳۳	۷/۵۷	۱۸/۶۷	۵/۳۰	۱۹/۲۷
اضطراب	اکت	۲۰/۰۷	۹/۹۲	۱۵/۵۳	۷/۵۱	۶/۹۲
	معنا درمانی	۲۰/۸۷	۶/۳۶	۱۶/۴۰	۵/۹۳	۱۶/۶۷
استرس	اکت	۲۶/۱۳	۹/۵۲	۱۹/۳۳	۶/۳۸	۱۹/۲۷
	معنا درمانی	۲۹/۴۷	۶/۳۱	۲۰/۶۰	۴/۷۲	۲۱/۲۷
	کنترل	۲۸	۴/۷۷	۲۷/۸۷	۴/۴۲	۲۷/۲۷
	کنترل	۲۱/۲۰	۵/۲۷	۲۱/۴۰	۵	۲۱/۴۷
	کنترل	۲۴/۶۷	۶/۵۶	۲۳/۹۳	۵/۸۱	۲۴/۶۷
	کنترل	۲۰/۱۰۷	۹/۹۲	۱۵/۵۳	۷/۵۱	۱۶/۱۳
	کنترل	۲۱/۲۰	۵/۲۷	۲۱/۴۰	۵	۲۱/۴۷
	کنترل	۲۶/۱۳	۹/۵۲	۱۹/۳۳	۶/۳۸	۱۹/۲۷
	کنترل	۲۸	۴/۷۷	۲۷/۸۷	۴/۴۲	۲۷/۲۷

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیره مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

مراحل	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig.	اتا
پس‌آزمون	افسردگی	۳۵۴/۷۹	۲	۱۷۷/۳۹	۳۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اضطراب	۲۴۲/۳۳	۲	۱۲۱/۶۶	۲۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	استرس	۶۰۲/۶۴	۲	۳۰۱/۳۲	۴۰/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸
پیگیری	افسردگی	۳۹۶/۲۶	۲	۱۹۸/۱۳	۲۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	اضطراب	۲۰۶/۷۶	۲	۱۰۳/۳۸	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	استرس	۴۷۵/۱۶	۲	۲۳۷/۵۸	۲۶/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

مراحل	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	Sig.
پس‌آزمون	اضطراب	اکت	معنا درمانی	-۰/۵۳۷	۰/۵۶۸
		اکت	کنترل	-۶/۲۶	۰/۰۰۰۱
		معنا درمانی	کنترل	-۵/۷۰	۰/۰۰۰۱
	افسردگی	اکت	معنا درمانی	-۰/۵۸۷	۰/۴۸۹
		اکت	کنترل	-۵/۲۳	۰/۰۰۰۱
		معنا درمانی	کنترل	-۴/۶۴	۰/۰۰۰۱
پیگیری	اضطراب	اکت	معنا درمانی	۰/۵۴۴	۰/۵۹۸
		اکت	کنترل	-۷/۵۱	۰/۰۰۰۱
		معنا درمانی	کنترل	-۸/۰۶	۰/۰۰۰۱
	افسردگی	اکت	معنا درمانی	-۰/۸۳۴	۰/۳۹۹
		اکت	کنترل	-۶/۷۰	۰/۰۰۰۱
		معنا درمانی	کنترل	-۵/۸۷	۰/۰۰۰۱
استرس	اکت	معنا درمانی	-۰/۲۱۷	۰/۸۰۷	
	اکت	کنترل	-۴/۶۷	۰/۰۰۰۱	
	معنا درمانی	کنترل	-۴/۴۶	۰/۰۰۰۱	
	اکت	معنا درمانی	-۰/۱۹۵	۰/۸۶۳	
	اکت	کنترل	-۷/۰۲	۰/۰۰۰۱	
	معنا درمانی	کنترل	-۶/۸۳	۰/۰۰۰۱	

نتایج مقایسه‌های زوجی به‌وضوح نشانگر این است که نمرات خود گزارش‌دهی افسردگی، اضطراب و استرس بین گروه‌های اکت و معنادرمانی ناچیز و غیر معنادار است؛ اما بین اکت و گروه کنترل هم‌چنین معنادرمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار ($P \leq 0/05$) آماری وجود دارد. توجه به تفاوت میانگین‌ها کاملاً گویای موضوع است که ۴ تا ۸ نمره به دنبال درمان‌های تکمیلی در حالات روان‌شناختی بیماران اسکروز چندگانه تفاوت ایجاد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو شیوه‌ی روان‌درمانی (اکت و معنادرمانی) در کاهش حالات مهم روان‌شناختی بیماران مؤثر است. و این تأثیرات در کوتاه‌مدت یعنی بلافاصله پس از درمان تکمیلی و نیز در بلندمدت یعنی ۳ ماه پس از درمان، پایدار باقی می‌مانند. به‌عبارت دیگر گروه‌هایی از بیماران اسکروز چندگانه‌ی تحت دارودرمانی که با این دو روش تحت درمان تکمیلی قرار گرفتند، نسبت به گروه دیگری که این مداخلات را دریافت نکردند، در علائم افسردگی، اضطراب و استرس بهبود فراوانی یافتند. مقایسه اثربخشی دو نوع روان‌درمانی به‌کار رفته در تحقیق حاضر تفاوت مهمی را نشان نداد. در واقع هر دو روش درمانی بر بهبود علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران اسکروز چندگانه تأثیر مشابهی داشتند و این تشابه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشهود بود. هماهنگ با این پژوهش، امیر و همکاران (۲۰۱۸) به مقایسه‌ی اثربخشی دو روش روان‌درمانی (اکت و معنادرمانی) بر کاهش استرس بیماران اسکروز چندگانه پرداخته و نتیجه گرفته‌اند که هر دو روش در کاهش استرس این بیماران مؤثر است اما آن‌ها اثربخشی اکت را بیش‌تر از معنادرمانی گزارش کرده‌اند [۳۳]، در حالی‌که در تحقیق حاضر هر چند تفاوت میزان اثربخشی این دو روش مداخله، معنادار نبوده است اما اثر معنادرمانی بر کاهش استرس بیش‌تر است. به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت یکی حجم کم نمونه آنان (۱۱ نفر در هر گروه) نسبت به نمونه پژوهش حاضر (۱۵ نفر در هر گروه) و افزایش احتمالی واریانس خطا در تحقیق آنان و دیگری مدت زمان اجرای برنامه‌درمانی باشد [۲۹]. در تحقیق آن‌ها طول جلسات درمان اکت ۱۲ جلسه و جلسات معنادرمانی ۸ جلسه گزارش شده است، که درست برعکس تحقیق حاضر است. در توافق با پژوهش حاضر رجبی و یزدخواستی [۲۳] نیز در مطالعه خود نشان داده‌اند که میزان اثربخشی اکت بر افسردگی بیش‌تر از استرس است به‌گونه‌ای که در تحقیق حاضر نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش

نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری ($P=0/005$) کاهش یافته است و اثر درمان در ۳ ماه بعد هم‌چنان باقی است و میزان تأثیر این درمان در مرحله پس‌آزمون بر کاهش افسردگی ۶۰ درصد و بر کاهش اضطراب ۵۶ درصد و در مرحله پیگیری میزان تأثیر این درمان بر کاهش افسردگی ۶۰ درصد، بر کاهش اضطراب ۴۹ درصد و بر کاهش استرس ۵۸ درصد است و یافته‌های آنان مشابهاً نشان داده است که نمرات اضطراب و افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است و اندازه اثر را برای افسردگی و اضطراب به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۴۸ گزارش نموده‌اند و این کاهش در مدت پیگیری یک‌ماهه نسبتاً ثابت بوده است. دیویسون و همکاران (۲۰۱۶) نیز با اجرای اکت روی یک نمونه ۴۱ نفره متشکل از ۳۶ زن و ۵ مرد سالمند به‌منظور اثربخشی آن در کاهش علائم اضطراب و افسردگی مشاهده نمودند که نمرات افسردگی گروه آزمایش نسبت به کنترل به‌طور معنی‌داری پایین‌تر است و نتایج در پیگیری سه‌ماهه هم‌چنان ثابت بود [۴۰]؛ که به‌نوعی با نتایج پژوهش حاضر در این زمینه مشابهاً است؛ زیرا در پژوهش حاضر نیز تأثیر اکت بر افسردگی بیش از اضطراب بود که گمان می‌رود دلیل آن مسن بودن افراد در مطالعه نام‌برده شده باشد. بر اساس مطالعات گذشته در شروع اسکروز چندگانه اضطراب بیش‌تر از افسردگی در بیماران مشاهده می‌شود و پس از چند سال به دلیل احساس خستگی و ناامیدی در بیماران نشانه‌های افسردگی بیش‌تر نمایان است [۳۶] و بر اساس یافته‌های جانبی تحقیق حاضر نیز مشاهده شد که نمره افسردگی افراد مسن بالاتر از افراد جوان است. الینبرگ و همکاران (۲۰۱۶)، نیز در یک مطالعه با کاربردی تصادفی کنترل‌شده بر روی ۱۲۰ بیمار نتیجه گرفتند که درمان اکت یک روش درمانی منطقی و مؤثر در درمان اضطراب شدید است [۳۸] هم‌چنین تویگ و لوین (۲۰۱۸) در یک مطالعه مروری ۳۶ مطالعه را در زمینه اثربخشی درمان اکت بر درمان اضطراب و افسردگی بیماران بررسی کردند و مشاهده نمودند که این روش در درمان اضطراب و افسردگی مؤثر است و نکته جالب توجه در مطالعه آنان این است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در اکت به‌عنوان یک فرایند تغییر در تمام مطالعات دیده شده بود که با نتیجه تحقیق حاضر کاملاً منطبق است [۳۹]. مشابهاً زمانی و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی اثربخشی اکت بر کاهش اضطراب ۳۰ بیمار مبتلا به اسکروز چندگانه تفاوت معنی‌داری را بین نمرات اضطراب گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون مشاهده کردند و اثر درمان سه ماه بعد هم‌چنان باقی‌مانده بود [۳۰]. هم‌چنین یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج تحقیق قراء

انتظار محقق در این پژوهش، این درمان‌های تکمیلی در کنار درمان دارویی بیماران اسکروز چندگانه نوع فروکش‌کننده-عودیابنده، می‌تواند به‌طور مؤثر موجب کاهش حالات منفی روان‌شناختی‌شان گردد. معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو دارای مؤلفه‌ها و فنون درمانی قوی هستند که مضامین مهمی برای بیماری اسکروز چندگانه دارد. این فنون موجب بهبود حالات روان‌شناختی اضطراب، افسردگی و استرس بیماران اسکروز چندگانه می‌شود و تأثیرات مثبت بر روند کلی درمان آن‌ها علی‌الخصوص در زنان دارد. انجام تحقیقات مشابه در این زمینه با مردان و نیز انواع دیگر همین بیماری به‌صورت مقایسه‌ای به پژوهشگران آینده قابل توصیه است. به‌علاوه بررسی درمان فردی همین نوع درمان‌های تکمیلی یا به‌صورت ترکیبی (فردی- گروهی) ممکن است اثربخشی را افزایش دهد و به محققین آینده توصیه می‌گردد. بالاخره پیگیری طولانی‌مدت‌تر حالات این بیماران ممکن است اثربخشی واقعی‌تر این درمان‌ها را در قیاس با دیگر بیماران اثبات نماید. چنان‌چه شاخص‌های فیزیولوژیک بیماری نیز به دنبال این بررسی‌ها امکان‌پذیر باشد روایی یافته‌ها را نیز می‌توان به‌گونه‌ای قاطع‌تر تضمین نمود.

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 است باعث تورش داده‌ها شده باشد و دیگر این‌که مطالعه کاملاً مشابهی در ایران دیده نشد تا بتوان نتایج این مطالعه را با آن مقایسه نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی آقای عظیم عظیمی برای دریافت درجه دکتری روان‌شناسی از دانشگاه سمنان می‌باشد که تحت راهنمایی کامل آقای دکتر شاهرخ مکنون‌حسینی و مشاوره خانم دکتر پروین رفیعی‌نیا در محدوده سال‌های ۹۵ تا ۹۷ انجام گردید. بدین‌وسیله از کمیته اخلاق و مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مسئولین محترم انجمن اسکروز چندگانه کرمانشاه بیماران شرکت‌کننده به خاطر همکاری‌های صمیمانه‌شان تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- [1] Carlos Albuquerque, et al. Quality of life of people with multiple sclerosis: Clinical and psychosocial determinants / *Procedia. Soc Behav Sci* 2015; 171: 359-365.
- [2] Vosoughi R, Freedman MS. Therapy of MS. *Clin Neurol Neurosurg* 2010; 112: 365-385.
- [3] Pak F, Nafariyeh T, Asghari N, Shokrollahy M, Kokhaei P. Immunopathology of multiple sclerosis. *Koomesh* 2013; 14: 117-129. (Persian).

زیبایی و همکاران [۳۱] مبنی بر اثربخشی معنادرمانی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران اسکروز چندگانه به خاطر صعب‌العلاج بودن بیماری خود از سلامت معنوی و روانی کم‌تری برخوردارند که همین امر استرس و اضطراب آن‌ها را افزایش می‌دهد [۳۵] و این بیماران علاوه بر استرس و اضطراب، سطح بالایی از افسردگی را نیز تجربه می‌کنند [۳۶]. سلامت معنوی نیز به‌عنوان یک منبع قدرتمند در هنگام بروز این‌گونه بحران‌ها که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب به‌ویژه اضطراب مرگ، مؤثر است و بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگاری یابند [۳۵، ۳۴]. بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه به دلیل مشکلات جسمانی و روانی کم‌تر به یافتن معنا و هدف زندگی خود توجه می‌نمایند [۲۱] در حالی‌که داشتن هدف و معنا می‌تواند آن‌ها را یاری دهد تا بر نشانه اضطراب، افسردگی و ناامیدی غلبه نمایند هم‌چنین معنادرمانی با کمک به افراد در مواجهه با واقعیت مرگ و آگاهی از آن، حس مسئولیت‌پذیری و شوق رویارویی با فعالیت‌های مخاطره‌آمیز را در آنان افزایش می‌دهد و با استفاده از فن قصد متناقض افراد را به انجام رفتارهای استرس‌زا تشویق کرده تا در موقعیت‌هایی وارد شوند که از آن‌ها هراس دارند، بنابراین مداخلات روان‌شناختی‌ای که با هدف افزایش امید، معناجویی و داشتن هدف در زندگی صورت می‌گیرد برای این بیماران مفید است [۳۲].

در تبیین چگونگی اثربخشی اکت به نظر می‌رسد سندروم توجه شناختی (CAS) که توسط فرایندهای اکت مشخص گردیده است گویای آن است در بیماران صعب‌العلاج مانند اسکروز چندگانه، باورهای فراشناختی ناکارآمد بر علائم اضطراب و استرس به‌عنوان میانجی نقش اثرگذار دارند و اختلالات اضطرابی ناشی از (CAS) که توسط باورهای فراشناختی ناکارآمد پشتیبانی می‌شود موجب درگیر شدن این افراد در یک هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی می‌شود. هم‌چنین باورهای فراشناختی ناکارآمد که در اکت به‌عنوان قواعد زبانی نامیده می‌شوند می‌توانند با ادغام افکار و احساسات اضطراب‌زا و استفاده از استراتژی‌های هم‌جوشی شناختی و اجتناب تجربی (اندوه‌گینی، نگرانی و اضطراب، سرکوب فکر و غیره) رنج بیماران را تشدید کند [۴۱]. مکانیسم اصلی تأثیر اکت پیشگیری از اجتناب تجربی و هم‌جوشی شناختی و کاهش پریشانی‌ها و نگرش‌های ناکارآمد بیماران اسکروز چندگانه از طریق فرایند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۳۹]. در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که طبق

- [24] Canter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *Behav Anal* 2006; 29: 161-185.
- [25] Hallis L, Cameli L, Dionne F, Knäuper B. Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: a manualized group therapy. *J Psychother Integrat* 2016; 26: 186.
- [26] Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33: 335-343.
- [27] Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) developmental psychology. *1384*; 4: 299-312 (Persian).
- [28] Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of DASS-42 as assessed in a of Kermanshah highschool students. *J Res Behav Sci* 2007; 5: 81-92. (Persian).
- [29] Gall M, Walter R, Borg, Goyee P, Gall NY. Education research: an introduction; longman Publishers USA, c1996, 6th Ed.
- [30] Zamani E, Moatamedy A, Bakhtiari M. The effectiveness of acceptance and commitment group Therapy on anxiety in multiple sclerosis. *Health Psychol* 2017; 5: 152-167. (Persian).
- [31] Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of group logo therapy in the perceived stress and life expectancy in MS patients. *RPH* 2013; 6: 12-20. (Persian).
- [32] Kang K, Jea IM, Heesu K, Shingjeang K, MiKyung S, Sonyong S. The effect of logotherapy on the suffering, finding meaning, and spiritual well being of adolescents with terminal cancer. *J Curr Direc Psychol Sci* 2009; 42: 312.
- [33] Amir F, Ahadi H, Hatamian H, Nikkhal K, Seirafi M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy and group logotherapy in reducing perceived stress among MS patients. *Caspian J Neurol Sci* 2017; 3: 175-184.
- [34] Ghorbanalipoor M, Moghadamzadeh A, Jafari E. The effectiveness of schema therapy and logo therapy on death anxiety in patients with hypochondriasis. *J Res Clin Psychol Counsel* 2017; 7: 52-66. (Persian).
- [35] Mohammadzadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The relationship between spiritual health and death anxiety in patients with multiple sclerosis. *JRH* 2017; 4: 20-28. (Persian).
- [36] Wood B, Van Der Mei IA, Ponsonby AL, Pittas F, Quinn S, Dwyer T, et al. Prevalence and concurrence of anxiety, depression and fatigue over time in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2013; 19: 217-224.
- [37] Hosseinzadeh-Khezri R, Rahbarian M, Sarichloo ME, Lankarani KB, Jahanihashemi H, Rezaee F. Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. *Bull Env Pharmacol Life Sci* 2014; 3: 164-169.
- [38] Eilenberg T, Fink P, Jensen JS, Rief W, Frostholm L. Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2016; 46: 103-115.
- [39] Twohig MP, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatr Clin North Am* 2017; 40: 751-770.
- [40] 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 Ment Health* 2017; 21: 766-773.
- [41] Ruiz FJ, Odriozola-González P. A longitudinal comparison of metacognitive therapy and acceptance and commitment therapy models of anxiety disorders. *Anal Psicol Ann Psychol* 2016; 33: 7-17.
- [4] Bruce S, Rabin M. Can stress participate in pathogenesis of auto immune disease? *JAH* 2002; 30: 71-75.
- [5] Fiest KM, Walker JR, Bernstein CN, Graff LA, Zarychanski R, Abou-Setta AM, et al. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2016; 5: 12-26.
- [6] Feinstein A, Magalhaes S, Richard JF, Audet B, Moore C. The link between multiple sclerosis and depression. *Nat Rev Neurol* 2014; 10: 507-517.
- [7] Motaharinezhad F, parvaneh S, bakhtiary AH, alizadeh N, ghahari S. The effect of mood and cognition on relationship between sleep disturbances and fatigue in people with multiple sclerosis. *Koomesh* 2016; 17: 613-619. (Persian).
- [8] Boeschoten RE, Braamse AM, Beekman AT, Cuijpers P3, van Oppen P, Dekker J, Uitdehaag BMJ. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci* 2017; 372: 331-341.
- [9] Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 9-90.
- [10] Kalron A, Aloni R. Contrasting relationship between depression, quantitative gait characteristics and self-report walking difficulties in people with multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord* 2018; 19: 1-5.
- [11] Motl RW, Balto J, Ensari I, Hubbard E. Self-efficacy and walking performance in persons with multiple sclerosis. *J Neurol Phys Ther* 2017; 41: 114-118.
- [12] Ensari I, Adamson BC, Motl RW. Longitudinal association between depressive symptoms and walking impairment in people with relapsing-remitting multiple sclerosis. *J Health Psychol* 2015; 1-10.
- [13] Fricska-Nagy Z, Füvesi J, Rózsa C, Komoly S, Jakab G, Csépany T, et al. The effects of fatigue, depression and the level of disability on the health-related quality of life of glatiramer acetate-treated. *Mult Scler Relat Disord* 2016; 7: 26-32.
- [14] Lublin FD, Reingold SC. "Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey". *Neurology* 1996; 46: 907-911.
- [15] Beiske A, Svensson E, Sandanger I, Czujko B, Pedersen E, Aarseth J, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15: 239-245.
- [16] Dehghan A, Memarian R. Abundance of Stress, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients. *AUMJ* 2013; 2: 82-88. (Persian).
- [17] 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: 681-688.
- [18] Percy CA, Gibbs T, Potter L, Boardman S. Nurse-led peer support group: experiences of women with polycystic ovary syndrome. *J Adv Nurs* 2009; 65: 2046-2055.
- [19] Noonan CW, Williamson DM, Henry JP, Indian R, Lynch SG, Neuberger JS, et al. The prevalence of multiple sclerosis in 3 US communities. *Prev Chronic Dis* 2010; 7: A12.
- [20] Hansen M. *Cancer nursing. Principles and practice* 2000; 5th ed. London.
- [21] Mardani M, Ghafari Z. The effectiveness of logotherapy on quality of life among MS patients in Shahrekord. *SJIMU* 2015; 23: 47-56. (Persian).
- [22] Robotmaili S, Honarmand MM, Zargar Y, Karimi R. The effect of group logotherapy on depression and hope in university students. *Knowledge Res Appl Psychol* 2013; 14: 3-10.
- [23] 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. *J Clin Psychol* 2014; 1: 29-38. (Persian).

A comparative study on effectiveness of acceptance and commitment therapy and logotherapy on symptoms of depression, anxiety and stress of women suffering relapsing remitting multiple sclerosis: A randomized controlled trial study

Azim Azimi (Ph.D student)¹, Shahrokh Makvand Hoseini (Ph.D)^{*2}, Mahmood Najafi (Ph.D)², Parvin Rafieenia (Ph.D)²

1- Dept. of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

2- Dept. of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

* Corresponding author. +98 9123072411 shmakvand@semnan.ac.ir

Received: 29 Jan 2018; Accepted: 22 Jul 2018

Introduction: In recent years, psychological therapies increasingly used as complementary treatment along medication to help clinicians. The purpose of this study was to compare the effectiveness of two methods of group psychotherapy: Acceptance and commitment therapy (ACT) and logo therapy (LT) on the symptoms of anxiety, depression and stress in women with relapsing-remitting Multiple Sclerosis (RRMS).

Materials and Methods: A sampling method was used to select 45 women from multiple sclerosis patients in Kermanshah (Iran). They were randomly assigned into two groups of experimental and one control group (n = 15 in each group). The first experimental group received 8 group sessions of ACT treatment. The second experimental group received 10 group sessions of LT as well, while the control group had just 8 simple group meeting with the therapist. All subjects completed Anxiety, Depression, and Stress Scales (DASS-42) before, after and three months after the application.

Results: The mean of symptoms of anxiety, depression and stress in both experimental groups after intervention was significantly different with the mean of control group. However, no significant difference was observed between two experimental groups.

Conclusion: Logo therapy and ACT are effective in decreasing the symptoms of depression, anxiety and stress in women with RRMS and could be recommended as adjunct therapies along with their medication.

Keywords: Multiple Sclerosis, Logo Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Stress, Anxiety, Depression.