

اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس

تاریخ دریافت: ۹۲/۸/۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۶

ساجده رجبی *، فریبا یزدخواستی **

چکیده

مقدمه: درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های رفتاری نسل سوم در زمینه درمان اختلالات خلقی و اضطرابی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس بود.

روش: در این مطالعه که یک کار شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس و از زنان مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس اصفهان انتخاب شد که از میان آنها تعداد ۲۰ نفر به طور تصادفی، به دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، به منظور سنجش میزان اضطراب و افسردگی، از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک و برای سنجش اجتناب تجربه‌ای، از پرسشنامه پذیرش و عمل استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد، طی ۸ جلسه ۲ ساعته قرار گرفت و گروه کنترل، هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه‌های فوق‌الذکر روی هر دو گروه مجدداً اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش به خوبی نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، نمرات اضطراب و افسردگی و اجتناب تجربه‌ای گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است و این کاهش در مدت پیگیری یک ماه تغییر چشمگیری نیافته است. بنابراین درمان گروهی پذیرش و تعهد بر درمان اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بیماری ام‌اس و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی این بیماران تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب، افسردگی، بیماری ام‌اس

مقدمه

ام اس یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. رایج ترین دوره‌ی شروع آن جوانی بوده و در زنان دو برابر مردان شایع است [۱].

ام اس شایع ترین بیماری ناتوان کننده بالغین جوان است که به علت فرایند التهابی میلین زدای سیستم عصبی مرکزی اتفاق می‌افتد. ابتلا به ام اس بین سنین ۲ تا ۴۰ سالگی است و تشخیص بر پایه مطالعات MRI^۱ می‌باشد [۲]. سازمان بهداشت و خدمات مردمی آمریکا، مرگ ناشی از این بیماری را در سال ۱۹۹۲ رقمی حدود ۱۹۰۰ شهروند آمریکایی (حدود ۰/۷ درصد هزار نفر) اعلام نمود [۳]. ام اس سومین علت ناتوانی در آمریکا است.

طبق اطلاعات انجمن ام اس ایران ۵۰/۰۰۰ بیمار مبتلا به ام اس در ایران وجود دارد و میزان شیوع آن تقریباً ۹ در ۱۰۰/۰۰۰ هزار می‌باشد [۴]. نشانه‌های بالینی ام اس، شامل: ضعف، خستگی، لرزش، درد، فلجی اختلال عملکرد مثانه و روده و اسپاسم عضله، تغییرات بینایی و کاهش عملکرد جنسی آقایان (به صورت کاهش میل جنسی) می‌باشد. اختلالات خواب، کاهش فعالیت زندگی روزانه، عفونت مجاری ادراری، بی اختیاری ادرار و مدفوع، آسیب پوستی، انقباضات عضلانی، مشکلات عصبی محیطی، افسردگی، از دست دادن شغل، تغییرات در خانواده، طلاق، از دست دادن توانایی و انجام فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و شغلی نیز در این بیماری رایج است [۵]. ام اس استقلال و توانایی را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه کاهش می‌دهد. هاوسلیتر، برون، و جاکل اذعان دارند که میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین، و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد [۶]. و افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در بسیاری از بیماری‌های طبی مطرح

است [۷]؛ از طرفی اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری قلبی می‌گردد [۸].

افسردگی از عوامل شایع محدود کننده‌ی بیماران است و کاهش فعالیت های روزانه و فقدان انگیزش را در پی دارد. درمان قطعی برای ام اس وجود ندارد؛ اما تدابیری جهت کاهش علائم و حمایت از بیماران در دست است. غیر از درمان‌های دارویی، از درمان‌های دیگر میتوان جهت کنترل بیماری استفاده کرد. افسردگی ممکن است در نتیجه‌ی کیفیت خواب و تغذیه نامناسب، ایجاد شود و یا اینکه با احساس عمومی افسردگی ارتباط داشته باشد. اهمیت دارد که این موضوع تشخیص داده شده و به درمان دارویی و روان شناختی آن پرداخته شود [۹]. اگرچه اضطراب یکی دیگر از علائم ناتوان کننده در این بیماران است اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ ادبیات پژوهشی شیوع آن را متغیر گزارش کرده‌اند؛ در یک بررسی در بیمارانی که به تازگی تشخیص این بیماری را دریافت کرده بودند ۳۴ درصد و در والدین آنها ۴۰ درصد گزارش شده است.

به‌طور کلی ام اس تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا - حتی در اوایل بیماری می‌گذارد. با وجود این، ناتوانی‌های جدی، اغلب در سال‌های بعد آشکار می‌شود. یکی از استرس‌زاترین جنبه‌های این بیماری نامعلوم بودن آینده آن است، حتی در یک هفته آینده معلوم نیست که بیمار چه احساسی داشته باشد. درست هنگامی که آنها در حال سازگار شدن با احساس ناتوانی ناشی از حملات قبلی بیماری هستند، حمله دیگری با محدودیت‌های بیشتر از راه رسیده و بایستی با دوره دیگری از سازگاری و تغییرات زندگی، مواجه شوند [۱۰]. آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روانشناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد [۱۱]. بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آنها بسنده نکنند [۱۲].

1- magnetic resonance imaging

2-Tromor

3 - Spasticity

پذیرفت؛ در قدم دوم، بر آگاهی روانی^۷ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی^۸ یا داستان شخصی (مانند قربانی بود) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۹، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی می‌تواند افکار افسرده‌کننده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراسها و یا اضطرابهای اجتماعی و ... باشند.

تحقیقات اخیر روی ACT نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی فراهم کرده است.

اسمن و همکاران در بررسی تأثیر این روش در مبتلایان هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به طور معناداری کاهش یافت و این تأثیر در دوره پیگیری ۳ ماهه همچنان تداوم داشت. البته در این تحقیق از گروه کنترل، برای مقایسه نتایج استفاده نشد [۱۵]. در مطالعه دیگری نیز این درمان به صورت فردی روی ۵ بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام گرفت؛ البته در این مطالعه علاوه بر سنجش شدت وسواس به بررسی افسردگی و اضطراب بیماران نیز پرداخته‌اند. نتایج حاکی از کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواس، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان زدایی و لزوم پاسخ دهی به آنها و نیز نمرات افسردگی و اضطراب بود [۱۶].

برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیه روان تحلیلی، بر پایه‌ی دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شدند. نسل دوم این درمانها تحت عنوان درمان "رفتاری-شناختی"، تا دهه ۱۹۹۰ با تأکید بیش تر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند که تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بود و اینکه در روان درمانی باید با تکنیکهای مختلف در آنها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آنها را به کلی حذف کرد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آنها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش^۱ نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، درمان فراشناختی^۳ و درمان پذیرش و تعهد ACT^۴. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد [۱۳].

ACT ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چار چوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش^۵، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد [۱۴].

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۶ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل

1 - Acceptance based Models

2 -Based Cognitive Therapy Mindfulness

3 - Metacognitive

4 -Acceptance and Commitment Therapy

5 - defusion

6 - Psychological Acceptance

7 - Psychological Awareness

8 -Cognitive Defusion

9 - Committed Action

علت ریزش، ۳ نفر در هر گروه، پژوهش براساس ۱۴ نفر (۷ نفر در هر گروه) انجام شد. به دنبال آن، بیماران با توافق کتبی و با استفاده از ابزارهای مورد نظر، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه عبارت بودند از: ۱. تشخیص ابتلا به ام اس توسط روان‌پزشک؛ ۲. دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال؛ ۳. سطح سواد بالاتر از سیکل؛ و ۴. تمایل و رضایت آگانه به شرکت در طرح پژوهشی.

ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱. وجود علائم شدید مربوط به بیماری ام اس که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد؛ ۲. ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب شناختی و خیم یا وجود نشانه‌های روان گسستگی؛ ۳. بروز افکار جدی افسردگی و احتمال خطر خودکشی؛ ۴. عدم تمایل به ادامه درمان؛ و ۵. افرادی که سابقه‌ی مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی دارند.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است [۱۸]. قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند [۱۹].

در ایران دابسون و محمدخانی [۲۰]، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند.

۲- پرسشنامه اضطراب بک^۲: یک مقیاس خود سنجی ۲۱ سؤالی است که اضطراب را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۲، ۱، ۰ و ۳ برای هر سؤال) نمره‌ی بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌ی فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد. سه ماده

در پژوهش دیگری پور فرج عمران، اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی دانشجویان مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که نمرات اضطراب اجتماعی گروه مداخله نسبت به گروه شاهد، به طور معناداری کاهش یافت و در طول مدت پیگیری تغییر چشمگیری نداشت [۱۷].

مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. با توجه به جدید بودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی، تحولی ایجاد نماید. با توجه به شیوع اختلالات خلقی و اضطرابی در بیماران مبتلا به ام اس و با توجه به شیوع بیشتر بیماری ام اس در زنان در اصفهان، هدف کلی در این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به این بیماری با استفاده از گروه گواه و با پیگیری یک ماهه است؛ بنابراین مسأله پژوهش این است که آیا مداخلات مربوط به رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه است.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در این پژوهش، عبارت بودند از زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به بیماری ام اس که در سال ۱۳۹۱ به انجمن ام اس اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ماهیت مطالعه (مطالعه تجربی) که دارای مداخلات است، از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. ابتدا از تمامی بیمارانی که جهت تزریق آمپول به انجمن ام اس مراجعه می‌کردند و متمایل به شرکت در گروه درمانی افسردگی و اضطراب بودند، ثبت نام به عمل آمد. از میان ثبت نام کنندگان (۴۰ نفر)، در نهایت ۲۰ بیمار که امکان شرکت در جلسات گروهی را داشتند انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند؛ البته به

1 - Beck Depression Inventory; (BDI)

2 - Beck Anxiety Inventory; (BAI)

گروه آزمایش و گواه اجرا شد. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی، مداخلات مربوط پذیرش و تعهد درمانی در ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای و هفته ای ۲ جلسه به صورت گروهی انجام شد. در مورد گروه گواه هیچ مداخله ای اعمال نگردید. پس از اتمام این جلسات مرحله پس آزمون و نیز پیگیری یک ماهه در هر دو گروه به عمل آمد. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول ۱ آمده است:

برای توضیح بیشتر به شرح یکی از جلسات پرداخته شده است: در جلسه ی سوم به تصریح ارزش ها در افراد پرداخته شده. در ابتدا برای مطرح کردن ارزش ها از تمرین "می-خواهید زندگی تان به دنبال چه چیزی باشد"، استفاده شد. این تمرین به شرح زیر است:

لطفاً چشمانتان را ببندید و برای چند دقیقه کاملاً آرام باشید. اکنون تصور کنید که مرده اید، اما قادرید در تشییع جنازه تان حضور داشته باشید. آنچه همسر، فرزندان، همکاران، دوستان و سایر افراد در مورد شما می گویند را می بینید و می شنوید. اکنون آنچه دوست دارید این افراد که بخشی از زندگی تان بودند در مورد شما به خاطر آورند را تصور کنید. دوست دارید همسر تان چه چیزی در مورد شما بگوید؟ دوست دارید فرزندان تان در مورد شما چه بگویند؟ و ... پس از این کار، حوزه هایی از زندگی که برای برخی افراد ارزشمندند، به گروه معرفی شد: ازدواج؛ روابط صمیمانه و روابط خانوادگی-دوستی ها؛ روابط اجتماعی-شغل؛ کار-تحصیلات؛ رشد و پیشرفت شخصی-تفریح؛ فراغت-روابط شهروندی-سلامت و بهزیستی فیزیکی.

پس از آن از افراد خواسته شد تا فرم درجه بندی سنجش ارزش ها را پر کنند؛ یعنی هر یک از ارزش ها را روی یک مقیاس از اهمیت زیاد (۱) تا اهمیت کم (۱۰) درجه بندی کنند. اینکه چقدر در ماه گذشته در زندگی در خصوص این ارزش موفق بوده اند. بسیار موفق (۱) کاملاً ناموفق (۱۰) در نهایت هم بر حسب اهمیتی که افراد اکنون برای عمل کردن طبق آنها قائل هستند، ارزش ها را رتبه بندی کنند. ۱ برای بالاترین رتبه؛ ۲ برای رتبه بعدی و به همین صورت.

آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس های مشخص و سایر سوالات آن نشانه های خودکار بیش فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می سنجد. بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند.

مطالعات انجام شده نشان می دهد که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا (۰/۹۲)؛ همبستگی داده بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۶) است. در یک بررسی بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه های 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 ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ نشان داد [۲۱].

۳- پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II):^۱ این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه ای را می سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف ناپذیری روانشناختی بر می گردد؛ نمرات بالاتر نشان دهنده ای انعطاف پذیری روانی بیشتر است. مشخصات روانسنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه ای رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش بینی می کند که همسان با نظریه زیر بنایی اش است. این ابزار هم چنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می دهد. به نظر می رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می گیرد؛ اما ثبات روانسنجی بهتری دارد [۲۲].

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک های بیان شده، آزمودنیها به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پیش آزمون در هر دو

1 - Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)

جدول ۱) خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری ام اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

یافته ها

دامنه‌ی سنی شرکت کنندگان ۲۰ تا ۵۰ سال با میانگین ۳۴ (انحراف معیار ۹,۱۰) بود. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره سنجش در زمان قبل از مداخله، بعد از مداخله و سنجش یک ماه بعد از مداخله (پیگیری) وجود داشت. از عوامل بین گروهی، گروه آزمایش و کنترل هر کدام هفت نفر بود. میانگین و انحراف معیار اندازه گیری سه مقیاس افسردگی، اضطراب و اجتناب تجربه ای در گروه های آزمایش و کنترل ارائه شده است. (جدول ۲)

بعد از تعیین ارزش‌ها، به تعیین اهداف پرداخته شد. برای این کار از هر یک از افراد خواسته شد تا در هر حوزه اهداف عینی تعیین کنند و بگویند برای رسیدن به آن اهداف چه اعمالی باید انجام دهند و در آخر هم برای افراد گروه توضیح داده شد که ممکن است بر سر راه مراجع برای رسیدن به این اهداف، موانع احتمالی هم قرار بگیرد. این موانع ممکن است رویدادهای درونی منفی یا فشار ناشی از موانع بیرونی باشد [۱۶].

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد مولفه های اجتناب تجربه ای، افسردگی و اضطراب در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه گواه		پس آزمون		پیش آزمون		گروه آزمایش		پس آزمون		پیش آزمون		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۲/۴۴	۲۷/۰۰	۲/۲۶	۲۷/۲۹	۲/۲۲	۲۷/۵۷	۷/۶۶	۲۰/۱۴	۷/۲۷	۲۰/۷۱	۴/۸۱	۲۶/۱۴	اجتناب تجربه‌ای
۳/۲۵	۱۵/۲۸	۳/۲۳	۱۵/۱۴	۳/۲	۱۵/۴۲	۵/۹۸	۸/۱۴	۶/۶۵	۸/۷۱	۷/۸۱	۱۵/۱۲	افسردگی
۳/۸۶	۹/۲۸	۳/۹۳	۹/۸۵	۴/۱۹	۹/۷۱	۵/۴۱	۷/۵۷	۵/۶۴	۶/۲۸	۶/۷	۱۰/۴۲	اضطراب

مرحله پس آزمون تغییرات نسبتاً ثابت مانده است. ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان بوده و تغییری رخ نداده است. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنی دار در این متغیرها مستلزم بکارگیری آزمون‌های مناسبی است.

اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان اجتناب، شدت افسردگی و اضطراب در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله و آموزش رویکرد پذیرش و تعهد درمانی کاهش داشته است و در یک ماه پس از درمان، در مرحله‌ی پیگیری نسبت به

بنابراین جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P3=0/18$ ، $f1=1/33$ ، $P1=0/27$ ، $f2=1/43$ ، $P2=0/25$ ، $f3=1/99$ افسردگی ($f2=1/85$ ، $P2=0/19$ ، $f3=1/54$ ، $P3=0/23$)، و اضطراب ($f1=2/43$ ، $P1=0/14$ ، $f3=0/23$ ، $P3=0/72$) و پیش فرض تناسب کواریانس ها مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P=0/00$)

بنابراین جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P3=0/18$ ، $f1=1/33$ ، $P1=0/27$ ، $f2=1/43$ ، $P2=0/25$ ، $f3=1/99$ افسردگی ($f2=1/85$ ، $P2=0/19$ ، $f3=1/54$ ، $P3=0/23$)، و اضطراب ($f1=2/43$ ، $P1=0/14$ ، $f3=0/23$ ، $P3=0/72$) و پیش فرض تناسب کواریانس ها مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P=0/00$)

بنابراین جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P3=0/18$ ، $f1=1/33$ ، $P1=0/27$ ، $f2=1/43$ ، $P2=0/25$ ، $f3=1/99$ افسردگی ($f2=1/85$ ، $P2=0/19$ ، $f3=1/54$ ، $P3=0/23$)، و اضطراب ($f1=2/43$ ، $P1=0/14$ ، $f3=0/23$ ، $P3=0/72$) و پیش فرض تناسب کواریانس ها مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P=0/00$)

بنابراین جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس ها برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P3=0/18$ ، $f1=1/33$ ، $P1=0/27$ ، $f2=1/43$ ، $P2=0/25$ ، $f3=1/99$ افسردگی ($f2=1/85$ ، $P2=0/19$ ، $f3=1/54$ ، $P3=0/23$)، و اضطراب ($f1=2/43$ ، $P1=0/14$ ، $f3=0/23$ ، $P3=0/72$) و پیش فرض تناسب کواریانس ها مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرهای اجتناب تجربه ای ($P=0/00$)

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات اجتناب تجربه‌ای در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجدوات	درجه ی آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنادارای	مجدور اتا	توان آماری
آزمون	۹۱/۰۰	۲	۴۵/۰۰	۱۱/۱۵	۰/۰۰	۰/۴۸	۰/۹۸
گروه آزمون	۶۳/۷۶	۲	۳۱/۸۸	۷/۸۱	۰/۰۰	۰/۳۹	۰/۹۲
خطا	۹۷/۹۰	۲۴	۴/۰۷				

نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اجتناب تجربه‌ای معنادار می باشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۲ می توان گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجدوات	درجه ی آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنادارای	مجدور اتا	توان آماری
آزمون	۱۱۲/۲۳	۲	۵۶/۱۶	۳۴/۱۰	۰/۰۰	۰/۷۴	۱
آزمون گروه	۹۹/۴۷	۲	۴۹/۷۳	۳۰/۲۰	۰/۰۰	۰/۷۱	۱
خطا	۳۹/۵۲	۲۴	۱/۶۷				

که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات اضطراب در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر افسردگی معنادار می باشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۲ می توان گفت

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر نمرات اضطراب در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص‌ها منابع تغییر	مجموع مجدوات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنادارای	مجدور اتا	توان آماری
آزمون	۵۱/۱۹	۲	۲۶/۹۵	۸/۸۰	۰/۰۰	۰/۴۲	۰/۹۵
گروه × آزمون	۴۴/۳۳	۲	۲۲/۱۶	۷/۳۴	۰/۰۰	۰/۳۸	۰/۷۱
خطا	۷۲/۴۷	۲۴	۳/۰۲				

بیماری مورد بررسی قرار گرفت. درمان پذیرش و تعهد طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر ارتقای خودمدیریتی دیابت نوع ۲ مؤثر واقع شد [۲۶].

در مطالعه‌ی دیگری بیماران صرعی مقاوم به دارو، درمان پذیرش و تعهد را دریافت نمودند؛ در حالی که گروه کنترل درمان حمایتی را دریافت می‌کردند، به طور شگفت‌انگیزی، ۵۷ درصد افرادی که درمان پذیرش و تعهد را دریافت کرده بودند، در پیگیری ۱ ماهه هیچ حمله صرعی نداشتند؛ در صورتی که در گروهی که درمان حمایتی استفاده می‌کردند، همه افراد دچار حمله صرع شدند. در پیگیری ۱۲ ماهه، ۸۶ درصد افراد تحت درمان پذیرش و تعهد هیچ گونه حمله‌ای را تجربه نکردند [۲۷].

با نگاهی به پژوهش‌های گذشته در دو دهه‌ی اخیر، در میان درمان‌های جدید اختلال اضطراب فراگیر، درمان پذیرش و تعهد بیش از همه با ویژگی‌های اضطرابی اختلال اضطراب فراگیر هماهنگ است.

همچنین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر انواع مشکلات بهداشت روان و برخی بیماری‌های مزمن از جمله، افسردگی، روان‌پریشی، سوءمصرف و وابستگی مواد، اضطراب اجتماعی، فرسودگی و درد مزمن مشاهده شده است.

رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند. در درمان ACT، انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، بخواهند به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد [۲۴].

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مجموع سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر اضطراب معنادار می‌باشد. بنابراین با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان گفت که مداخله‌ی پژوهش منجر به کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

یافته‌ها حاکی از آن است که در انتهای درمان، نمرات افسردگی، اضطراب و اجتناب گروه مداخله نسبت به گروه گواه به طور معناداری کاهش یافته است. این نتیجه نشانگر اثربخشی درمان گروهی ACT بر درمان افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به بیماری ام‌اس است.

نتایج حاصل مؤید نتایج به دست آمده در پژوهش ایزدی و همکاران در مورد تأثیر ACT بر کاهش وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی است. در این پژوهش کاهش چشمگیری در فروانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زایی و لزوم پاسخ دهی به آنها و نیز کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان پذیرش و تعهد در ۵ مورد دیده شد که این کاهش تا یک ماه پس از درمان نیز تداوم داشت [۲۴].

در پژوهش دیگری که با استفاده از دو درمان شناختی-رفتاری سنتی و درمان پذیرش و تعهد بر روی بیماران سرطانی مرحله پایانی انجام پذیرفت، بیماران سرطانی طی ۱۲ جلسه درمان پذیرش و تعهد، به طور معناداری کاهش بیشتری را در افسردگی، ناراحتی و نگرانی نسبت به بیماران درمان شناختی-رفتاری سنتی نشان دادند [۲۵].

در پژوهش دیگری تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر خودمدیریتی دیابت نوع ۲، بر روی ۲۴ نفر از مبتلایان به این

از جمله خودکشی، کندی روانی حرکتی و ... را در بر خواهد داشت.

از محدودیت‌های این پژوهش، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان، عدم بررسی مردان مبتلا به بیماری ام اس، عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف، کوچک بودن نمونه‌ی مورد بررسی و در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی این بیماران بود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر و گروه مردان مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین بهتر است این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی تری تداوم اثر درمانی آن بررسی شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت فردی و همچنین در بیماران ام اس که مشکلات جسمی بیشتری دارند، انجام شود؛ چرا که این مسأله یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ چرا که با در نظر گرفتن این نکته امکان حضور آزمودنی‌ها در جلسات درمانی نبود. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر اضطراب و افسردگی بیماران ام اس، بر اهمیت کاربرد این روش درمانی، در مورد افرادی با سایر بیماری‌های خاص نیز تأکید می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان محترم انجمن ام اس اصفهان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

منابع

- 1- Khezri moghadam N, Ghorbani N, Bahrami. ehsan H, Rostami R. Effectiveness of group therapy on psychological symptoms in multiple sclerosis patients. J Clin Psychol. 2012;(13):13-22. [Persian].
- 2- Vosoughi R, Freedman MS. Therapy of MS. J Neurol neuros: Atlas mult. 2008; (112):85-365. [Persian].
- 3- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Clinical practice. 6 th ed Philadelphia: Butler Worth- Heinemann; 2012.
- 4- Etemadi far M. Diagnosis and treatment multiplesclerosis patients, 1 th ed. Esfahan: Ghaharbagh; 2005. [Persian].
- 5- Halper J. The evaluation of nursing care in multiple sclerosis. Int J MS Care. 2004; 2(1): 40-48.
- 6- De nison L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. Cognitive and behavioural correlates of

در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها همگی منجر به کاهش شدت افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به ام اس مراجعه کننده به انجمن ام اس شد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع هدف افزایش انعطاف روانشناختی این افراد بود. این رویکرد همان‌طور که نتایج آماری نشان داد منجر به کاهش معنی‌داری در افسردگی و اضطراب این بیماران شد. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به افراد آموزش داد چگونه عقیده‌بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزردهنده‌هایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر راتقویت نمایند، رویداد‌های درونی رابه جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند.

با استفاده از این درمان، به خوبی می‌توان مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس، از جمله افسردگی و اضطراب آنها را کاهش داد و مسبب کاهش اجتناب تجربه‌ای در این افراد نیز شد، که نهایتاً نتایجی، از جمله افزایش امید به زندگی، وفق یافتن با شرایط بیماری، روابط بهتر با اطرافیان و کاهش مشکلات مربوط به افسردگی و اضطراب

- sex classes, *J Sch Med.* 2007; (66):126-140. [Persian].
- 22- Bond F. W, Hayes S. C, Zettle R. D. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther.* 2011; (42): 676-688.
- 23- Molavi H. A practical manual SPSS 10-13-14 in behavioral sciences. Esfahan: Poyesh andishe; 2008.[Persian].
- 24- Eizadi ., Askari , Neshatdoost H, Abedi M. Case study of ACT effectiveness on prevalence and severity of OCD symptoms. *Zahedan J Res Med Sci.* 2013; 1(22):20-26.
- 25- Branstetter A, Wilson K, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients:ACT and CBT. Paper presented at the association for advancement of behavior therapy. New Orleans; 2004. p.1-2.
- 26- Makvand Hoseyni Sh, Rezaii AM, Azadi MM. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the self-management of type 2 diabetes patients. *J clin psycho.* 2014; 5(4):2-1.
- different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *J Psychosom.* 2010; (69):353-361.
- 7- Sadeghi Movahed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, Rajabi S. The study of coping style and mental health relationships in diabetes patients. *The J Fundam Ment Health.* 2011; 12(2):470-480.
- 8- Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H. Effects of applying continuous care model on fasting blood glucose & hgba1c levels in diabetic patients. *J Semnan Univ med sci.* 2004; 6(3):179-186.[Persian].
- 9- Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. New york: Demos; 2007. p. 25-65.
- 10- Murray TJ. Multiple sclerosis. New York: Demos medical publishing; 2005. p. 50-70.
- 11- Malcomson KS, Dunwoody I, Low-strong AS. psychological intervention in people with multiple sclerosis. *J Neurol.* 2007; (254): 1-13.
- 12- Mtichell AJ, Benito-leon J, Morales gonzales JR, Evera-navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural.* 2005; (4): 556-566.
- 13- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Press; 2010.
- 14- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006; 44(1):1-25.
- 15- Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of acceptance and commitment therapy in group treatment for social phobia. *Int J Psychol & Psychol Ther.* 2006 ; (6):397-416.
- 16- Ezadi R, Abedi M, Acceptance and commitment therapy. Tehran: Jungle; 2012. p. 1-2.[Persian].
- 17- Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. *J Knowl & Health.* 2011; 6(2):1-5.
- 18- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory. 2nd ed. San Antonio: TX: The Psychological Corporation; 1996.
- 19- Hawton ., Salkovskis K. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Tehran: Arjmand; 2011.p.259-268. [Persian].
- 20- Dabson K, Mohammad khani P. Psychometric characteristics of the Beck depression inventory (2) in patients with MDD in partial remission. *J Rehabil.* 2006; (8):126-140. [Persian].
- 21- Kaviyani H, Mosavi A. Psychometric properties of the Beck anxiety inventory in population age and

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association

Rajabi, S. *M.A., Yazdkhasti, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: Acceptance and commitment therapy is a third generation behavior therapy in treatment of mood and anxiety disorders. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS.

Method: In this study which was a Quasi-Experimental with pre-test, post-test and control group, the sample group was selected by available sampling method from patients referred to the Isfahan MS association. Therefore, 20 female subjects were chosen randomly and assigned to two control & experimental groups (each with 10 subjects). To assess the severity of depression and anxiety and experiential avoidance too, Beck Depression Inventory-II, Beck anxiety Inventory and an acceptance and action inventory were used respectively in pre-test. The experimental group experienced the treatment based on commitment and acceptance group therapy in eight; two hours sessions and the control group did not receive any treatment. These questionnaires again conducted on both group in post-test.

Results: The results showed that anxiety and depression and experiential avoidance scores of experimental group significantly decreased and in one-month follow up did not significantly differ. So, group treatment based on the acceptance and commitment therapy caused significant changes in the treatment of anxiety and depression in women with MS.

Conclusion: The results emphasize the importance of the use of these interventions in people with MS with other mental disorders and provide new horizons in clinical interventions.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Depression, MS

*Correspondence E-mail:
sajederajabi@gmail.com