

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا

لطف اله صابریان^۱، سوفیا خائقای^{۲*}، محمدعلی فردین^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا پذیرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا بودند، که جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی یا انجمن ام اس مراجعه کرده اند. از بین بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بوده است. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۱۹۸۹) بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و استخراج داده های خام، تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS۲۶ با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب سلامت، بیماران ام اس.

مقدمه

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر شکل یافته از خانواده کرونا ویروس ها با عنوان (۲-CoV-SARS) بود که بیماری کووید-۱۹ نام گذاری گردید (زو و همکاران^۱، ۲۰۲۰). بیماری همه گیر کووید-۱۹ در سراسر جهان، در حال گسترش است و طبق آمار جهانی اعلام شده، نرخ مرگ و میر ۴/۳٪ برای این بیماری ثبت شده است. در ۳۰ ژانویه سال ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی^۲ همه گیری کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹ را به عنوان فوریت بهداشت عمومی با نگرانی بین المللی (PHEIC) اعلام کرد (فرنوش و همکاران، ۱۳۹۹). متأسفانه این ویروس کشور عزیزمان ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده است و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همه جانبه در کل کشور در حال انجام است (شهید و محمدی، ۱۳۹۹). در حال حاضر مهم ترین روش مقابله با آن، پیشگیری و جلوگیری از انتشار است (لیو و همکاران^۳، ۲۰۲۰). در طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیش از چهارهزار بیمار مبتلا به کرونا که در یک ماه اخیر از بیمارستان ترخیص شده اند، بر اساس شاخص های سازمان جهانی بهداشت در تهران بزرگ مطالعه شدند. در این طرح تحقیقاتی، عوارض روانی ناشی از ابتلا به کرونا سنجیده شد که نتایج آن مشخص کرد نزدیک به ۵۰ درصد از ترخیص شدگانی که به دلیل ابتلا به کرونا در بیمارستان بستری بودند، مشکلات روانی دارند (صفاری نیا و همکاران، ۱۴۰۰).

در مطالعات انجام شده مشخص شده است که افراد مسن و افراد در هر سنی با شرایط پزشکی مزمن جدی مانند بیماری های قلبی، دیابت، فشارخون و بیماری های خود ایمنی مانند مولتیپل اسکلروزیس^۴ در معرض خطر ابتلا به بیماری شدید قرار دارند (زو و همکاران، ۲۰۲۰). مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن التهابی سیستم عصبی مرکزی است که با دمیله شدن نورون های عصبی همراه است و باعث آسیب به آکسون ها و میلین ها می شود و عملکرد حسی و حرکتی و شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد (چاله و ایچی^۵، ۲۰۱۸؛ برگیلو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). این آسیب توانایی بخش هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال ها مختل می کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می شود (تامپسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). این علائم مانند اختلال در وضعیت روانشناختی، درد، سرگیجه، عملکرد جنسی، خستگی، وضعیت مالی و اشتغال می شود، که همه این موارد زمینه ساز کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می باشد (بامسترک^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). این افراد باتوجه به ماهیت بیماریشان تحت درمان با داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی هستند که این امر استعداد ابتلا به بیماری های عفونی؛ همچون کرونا را به شدت افزایش می دهد (آماتو^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). از طرفی دیگر گزارش های اخیر آکادمی نورولوژیک آمریکا حاکی از آن است که یکی از مهمترین عوامل تشدیدکننده بیماری مولتیپل اسکلروزیس، استرس ناشی از رویدادهای زندگی است (النجاشی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰). بنابراین میتوان اذعان نمود که بین استرس و اضطراب و تشدید بیماری مولتیپل اسکلروزیس رابطه قوی وجود دارد (طلاعت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). این درحالی است که اختلالات خلقی به ویژه اضطراب، در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شیوع بالایی دارد (پاتل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸).

^۱ . Zhu^۲ . World Health Organization^۳ . Liu^۴ - Multiple sclerosis^۵ - Chalah & Ayache^۶ - Broglio^۷ - Thompson^۸ - Baumstarck^۹ - Amato^{۱۰} - Alnajashi^{۱۱} - Talaat^{۱۲} - Patel

بیماری ام اس رابطه پیچیده ای با نشانگان روانشناختی دارد و شیوع آن ممکن است واکنش به عوامل بیشماری باشد. بدیهی است که علائم جسمی مانند خستگی، ناتوانی، مشکلات قابل ملاحظه در خانواده، کار و زندگی اجتماعی منجر به عود نشانگان روانشناختی می شود و در نتیجه بار التهابی بیماری مزمن را افزایش می دهند، همچنین آسیب های عصب شناختی این بیماری بر سیستم اعصاب مرکزی نیز می تواند با نشانگان روانشناختی و شناختی در رابطه باشد (غفار و فنستین^۱، ۲۰۰۷؛ به نقل از سعادت و همکاران، ۱۳۹۸). افراد مبتلا به ام اس با مشکلات وابسته به بیماری شان نیز روبرو هستند، که در نتیجه مانع مشارکت فعال آنها در فعالیت های سلامت محور (همچون: حضور فعال در جامعه، فعالیت های ورزشی و ...) می شود و در نتیجه سبب افزایش عوارض و محدودیت در زندگی مستقل می گردد (ران^۲، ۲۰۱۸).

جانی^۳ و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که مبتلایان به بیماری های مزمن، از سلامت روان مطلوبی برخوردار نیستند و سلامت روان پایین در آنها پیش بینی کننده میزان استرس ادراک شده بالا در آنها، خودکارآمدی پایین، امید به زندگی پایین، علائم جسمانی شدید، افسردگی و اضطراب بالا و عملکرد اجتماعی پایین است. پاکنهام و فلمینگ^۴ (۲۰۱۱) در این زمینه بیان می دارند که افراد مبتلا به بیماری ام اس در مقایسه با افراد عادی سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند. از نظر فراوانی، اختلالات خلقی مهم ترین اختلالات روانشناختی در بیماران ام اس می باشد و بیش از ۵۰ درصد از بیماران از افسردگی رنج می برند (فاینستین و پاپویسیان^۵، ۲۰۱۷). نگران کننده ترین مسئله این است که بیماران مبتلا به ام اس با علائم افسردگی بیشتر در معرض خودکشی هستند. شواهد کنونی نشان می دهد که خطر خودکشی در بیماران ام اس که به افسردگی مبتلا هستند بین ۱/۶ تا ۲/۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. حدود یک چهارم افراد مبتلا به ام اس، همیشه افکار خودکشی را در خود دارند (وینر^۶ و همکاران، ۲۰۱۴).

سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که اختلالات افسردگی و اضطرابی در رأس فهرست بیماریهای روانی قرار دارند. هم اکنون افسردگی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی و دومین اختلال شایع قرن حاضر و معضل عمومی در زندگی مدرن امروزی است (لامبرت^۷، ۲۰۰۶). این در حالی است که در سال ۱۹۹۰ افسردگی در رده چهارم قرار داشته است. این اختلال روانی به عنوان مشکل بهداشتی و جهانی در تمام فرهنگها خودنمایی می کند و متعلق به قشر خاصی نیست. اما برخی افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیر هستند، این بیماری با کاهش انرژی و علاقه، اشکال در تمرکز، بی اشتیایی، افکار مرگ و خودکشی مشخص می شود و با تغییر در سطح فعالیت ها و توانایی های شناختی همراه است (خوش روش و همکاران، ۱۳۹۸). سیچدایک^۸ و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند که بالا بودن مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی در بیماران مبتلا به ام اس نحوه کنار آمدن آنها را تحت تاثیر قرار داده و کانون توجه آنها را متمرکز بر مشکلات آینده می سازد (به نقل از شهاب و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین بررسی ها نشان داده که بین ۲۵ تا ۴۱ درصد از این بیماران از اضطراب شدید رنج می برند. آن دسته از بیمارانی که به اضطراب دچارند اکثرا خانم هستند که از افسردگی نیز رنج می برند و یا بیش از اندازه الکل مصرف می کنند و دارای استرس های بزرگ اجتماعی، حمایت اجتماعی کمتر هستند و بیشتر به خودکشی فکر می کنند (چاستیک و ایهد^۹، ۲۰۰۷).

^۱ - Ghaffar & Feinstein

^۲ - Ron

^۳ - Jani

^۴ - Pakenham & Fleming

^۵ - Feinstein & Pavisian

^۶ - Viner

^۷ - Lambert

^۸ - Schwartz

^۹ - Chwastiak & Ehde

یکی از انواع اضطراب هایی که بیماران مبتلا به ام اس تجربه می کنند، اضطراب سلامت^۱ است. اضطراب سلامت منجر به استفاده غیرضروری از خدمات بهداشتی و مشاوره های پزشکی می شود. تحقیقات اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را برای اضطراب سلامت تایید کرده اند (تیرر^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). در اضطراب سلامت، اضطراب و اشتغال ذهنی فرد بیش از حد و نامتناسب است. این افراد بارها و بارها خود را مورد بررسی قرار می دهند (مثل بررسی گلو در آینه) و مدام در مورد بیماری تحقیق می کنند (مثلا در اینترنت) و به دنبال اطمینان از خانواده و دوستان و پزشکان هستند. در برخی موارد اضطراب منجر به اجتناب ناسازگارانه از شرایط (مثلا از دیدن اعضای خانواده بیمار) و یا فعالیت (مثل ورزش) می شود. نگرانی های بیماری یک جایگاه برجسته در زندگی فرد دارد و بر فعالیتهای روزانه مؤثر است و باعث درگیری در زندگی فرد می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). سطح بالایی از اضطراب در مورد سلامت وجود دارد و فرد به راحتی در مورد وضعیت سلامت خود هراسان می شود (النبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). اضطراب سلامت شامل چهار مؤلفه عاطفی، شناختی، رفتاری و ادراکی باشد. مؤلفه عاطفی شامل نگرانی درباره سلامتی می باشد. مؤلفه شناختی به اعتقاد قوی مبنی بر بیمار بودن بر خلاف شواهد پزشکی محدود می شود. مؤلفه رفتاری، رفتارهای اطمینان منظر جویی به کاهش ترس از بیماری را در برمی گیرد و مؤلفه ادراکی شامل اشتغال ذهنی به علایم و احساسهای بدنی می باشد (لانگلی^۵ و همکاران، ۲۰۰۵). بنا به اعتقاد بسیاری از متخصصین علمی این اضطراب می تواند بر روند بیماری مولتیپل اسکلروزیس مؤثر واقع شود، به گونه ای که افراد در موقعیت های بحرانی علائم را به صورت شدیدتر بروز می دهند و به هنگام از بین رفتن این شرایط، شدت علائم یا تعداد دفعات بیماری کاهش می یابد. به طور مثال در طول زمان اضطراب، انرژی بیشتری برای صحبت کردن، حل کردن مشکل و فعالیت های روزانه زندگی مورد نیاز است (پیامنی و همکاران، ۱۳۸۹).

امروزه با نسل سوم درمان های روانشناختی مواجه هستیم که آنها را می توان تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش نامید که به رواندرمانی های پست مدرن نیز معروف هستند؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد (بننت و اولیور^۶، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد، تغییر افکار و احساسات را به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آنها می پذیرد. این درمان شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد (هیز و همکاران، ۱۳۹۶). در فرایند گسلش سعی می شود از آمیختگی شناختی جلوگیری شود، به این معنا که فرد بپذیرد خودش و افکارش از هم جدا هستند. پذیرش به معنای پذیرفتن احساس ها، هیجانات، رخدادها، ناخوشایند، امیال و حواس است، بدون اینکه تلاش کنیم آنها را تغییر دهیم یا از آنها بگریزیم. مشاهده خود به معنی آگاهی مستمر از خود که تغییری نمی کند، حاضر و در برابر صدمه مقاوم است. از این منظر احساس ها، امیال، خاطره ها، تصویرها، نقش ها، افکار یا حتی بدن انسان چیزی متفاوت از خود اوست. تماس با لحظه حال به معنی تلاش برای بودن در زمان حال و تجربه اینجا و اکنون با پذیرش، علاقه و گشودگی و تمرکز روی آنچه که اکنون در حال انجام است (البرزی و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که عدم پذیرش شرایط باعث بدتر شدن آنها می شود (هیز، ۲۰۱۹). در اصل پذیرش بهتر با عملکرد و آسیب شناسی روانی پایین تر در ارتباط است. تظاهرات قوی تر از پذیرش و نمایان شدن ارزش ها در مقابله با ام اس می تواند یک ارتباط معنی دار بین افزایش پذیرش در برابر شدت بیماری و سطوح بالاتر از تنظیم دست یابد. مطابق اصل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تکیه بر پذیرش در طول زمان به احتمال زیاد منجر به کاهش پریشانی روانی یا درد و رنج می شود. دو عامل مورد سنجش مقیاس پذیرش ام اس یعنی درگیر شدن در فعالیت و تمایل به در منعکس کننده دو جنبه از تعریف پذیرش در سازگاری با دیگر مقیاس های پذیرش اکت است (پاکنهام و فلمینگ، ۲۰۱۱).

^۱ - Health anxiety

^۲ - Tyrer

^۳ - American Psychiatric Association

^۴ - Eilenberg

^۵ - Longley

^۶ - Bennett & Oliver

در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (کانتر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). پاک و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود علاوه بر تاکید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکیزوفرنی، بیان می دارند که علاوه بر مشکلات جسمانی این جمعیت، به مسائل روانشناختی آنها نیز توجه شود و در کنار دارودرمانی، درمان های روانشناختی و از جمله رویکرد درمانی پذیرش و تعهد، مد نظر قرار گیرد. به طور کلی می توان گفت چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا به ام اس، هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روانشناختی را مورد توجه قرار داد (چیانی، ۱۳۹۷). بنابراین با توجه به مطالب گفته شده، اهمیت موضوع و اینکه تابحال موضوعی با این عنوان صورت نگرفته است، سوال پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد؟

روش شناسی پژوهش

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا بود. پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بوده است. شرکت کنندگان در گروه ها پس از مراجعه به مراکز روان شناسی و روان پزشکی و دریافت تشخیص بیماری ام اس و رعایت ملاک های ورود و خروج، در گروه های درمانی قرار گرفتند. پس از گمارش شرکت کنندگان در گروه های مورد نظر، شرکت کنندگان توسط پژوهشگر بسته سنجش را تکمیل کرده و سپس روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی ۸ جلسه درمانی دریافت کردند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان می باشد که جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی یا انجمن ام اس مراجعه کرده اند. از بین بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه (کنترل و آزمایش) قرار داده شدند. ملاک های ورود و خروج مطالعه عبارتند از: ملاک های ورود به پژوهش: ۱- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ۲- ابتلا به بیماری ام اس، ۳- سکونت در شهر اصفهان، ۴- غیبت کمتر از یک جلسه. ملاک های خروج از پژوهش: ۱- عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ۲- عدم ابتلا به بیماری ام اس، ۳- سکونت در شهر دیگر به غیر از اصفهان، ۴- غیبت بیشتر از یک جلسه. روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بوده و در بخش میدانی به منظور گردآوری داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد. پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش حاضر، عبارتند از: پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱): این پرسشنامه ابتدا در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش تهیه گردید. فرم تجدیدنظر شده آن در سال ۱۹۷۱ به مرکز شناخت درمانی (CCT) دانشکده پنسیلوانیا معرفی و جایگزین نسخه اصلی پرسشنامه افسردگی گردید. سرانجام این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. نسخه اصلی پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) شامل ۲۱ پرسش است. فرم کوتاه ۱۳ سؤالی پرسشنامه افسردگی بک به گونه ای طراحی شده است که نمره گذاری هر یک از سؤالاتش از ۰ تا ۳ می باشد. این فرم شامل ۱۳ سؤال است و هر سؤال بیان کننده حالتی در فرم است. حالت های مورد سنجش در این فرم عبارتند از: غمگینی، بدبینی، احساس شکست خوردگی، ناراضی، احساس گناه کاری، از خود بیخاری، خودآزرسانی، کناره گیری و بی تصمیمی. همبستگی بین دو فرم کوتاه و فرم بلند، بین ۸۹ تا ۹۷ درصد

^۱ - Kanter

گزارش شده است. برای فهمیدن کامل معنای محتوای پرسشنامه، توانایی خواندن در سطح کلاس پنجم یا ششم مورد نیاز است. اعتبار و قابلیت این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) اعتبار و همسانی درونی پرسش های پرسشنامه را از ۷۳ تا ۹۲ درصد گزارش کرده اند. در مورد فرم کوتاه مدت ۱۳ پرسشی، ضریب های مشابهی بدست آمده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمون و برحسب فاصله زمانی بین اجرای دوباره پرسشنامه و نوع جمعیت مورد مطالعه، از ۴۸ تا ۸۶ درصد گزارش شده است. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۳۹ می باشد. نمره برش در این پرسشنامه ۱۹/۵ می باشد.

و پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۱۹۸۹): این آزمون برای پیدا کردن نشانه های بیماری و تشخیص به کار می رود. فرم بلند آن برای اولین بار توسط سالکوسکیس و وارویک (۱۹۸۹) طراحی شد که بر اساس مدل شناختی اضطراب سلامتی و خود بیمارپنداری تدوین شده است. فرم کوتاه آن که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت، که دارای سه عامل بخش اصلی، نگرانی کلی سلامتی و پیامدهای منفی و اشتغال ذهنی با بیماری می باشد. عبارات این آزمون در رابطه نگرانی های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است که ۷ عبارت به عامل احتمال بیماری و ۴ عبارت عامل پیامدهای منفی بیماری و ۷ عبارت به اشتغال ذهنی با بیماری اختصاص دارد. توسط سالکوسکیس و وارویک ساخته شد، شامل ۱۸ آیت می باشد که از نوع مدادکاغذی و خودسنجی است، هر عبارت چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه ها شامل توصیف فرد از مؤلفه های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره گذاری آزمون به صورت لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا ۳ می باشد، نمره بالا در این آزمون نشانه اضطراب سلامت می باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ برای مؤلفه های اضطراب سلامت به ترتیب ابتلا به بیماری ۰/۷۵، پیامدهای بیماری ۰/۷۱ و نگرانی کلی سلامتی ۰/۷۷ که هر سه با ضریب ۰/۷۰ قابل پذیرش است. آلفای کرونباخ اضطراب سلامت برای پژوهش حاضر ۰/۸۸ بدست آمده است. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۵۴ می باشد. نمره برش در این پرسشنامه ۲۶ می باشد. تحلیل آماری داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۶ برای محاسبات آماری صورت گرفت و جهت تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ۱: شرح جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر بیان احساسات و تجارب مشابه قبلی افراد قبل از ورود به جلسه انتظارات افراد از جلسات درمانی و بیان قواعد جلسات درمان و اجرای پیش آزمون
دوم	ایجاد انگیزه در بیماران برای امتحان راهبردهای جدید و ایجاد آمادگی برای تغییر با استفاده از تکنیکهای ناامیدی خلاقانه
سوم	ارائه اطلاعاتی در مورد بیماری MS و تأثیر عوامل روانشناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
چهارم	انجام فرایند ناهمجوشی شناختی با انجام تمرینات عملی بحث راجع به ارزشها، موانع موجود در مسیر ارزشها، اهداف و عمل

پنجم	کارکردن روی اجتناب تجربه ای بیماران. (به ویژه اجتناب از افکار و احساساتی که ارزیابی منفی از بیماری MS دارند که ممکن است با خود مراقبتی در بیماری مداخله داشته باشند)
ششم	طرح ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود و عمل متعهدانه تمایل و تعهد به اعمال، شناسایی ارزش ها، انتخاب ها و محتوای اجتناب شده بیماران، تجزیه و تحلیل راهبردهای کنترل تجربه گرایانه، تجزیه و تحلیل موانع شناسی و انگیزشی و شناختی
هفتم	شناسایی عواملی که منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می شوند. اعمال راهبردهای درست در مقابل ابعاد تکنیکی درمان و تاکید بر تعهد بیمار جهت فعالیت های خودمراقبتی
هشتم	تعهد دادن برای ادامه پذیرش بیماری، جلوگیری از عود و عقب نشستن، جمع بندی درمان و پس آزمون

یافته ها

جدول ۲: فراوانی مربوط به سن

کنترل		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
سن	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۰ تا ۳۰ سال	۱۰	۳۳.۳	۷
۳۱ تا ۴۰ سال	۸	۲۶.۷	۱۲
۴۱ تا ۵۰ سال	۱۲	۴۰	۱۱
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به سن افراد نمونه به تفکیک برای افراد گروه های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی آورده شده است.

جدول ۳: توصیف آماری نمرات افسردگی در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	کنترل	پیش آزمون	۵۴.۰۷	۵.۱۱۹
		پس آزمون	۵۴.۵۰	۵.۴۵۷
		پیگیری	۵۵.۶۷	۵.۴۲۲
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پیش آزمون	۵۶.۳۷	۴.۶۸۷
		پس آزمون	۲۲.۹۰	۲.۸۹۳
		پیگیری	۲۱.۶۷	۲.۴۱۲

جدول ۴: توصیف آماری نمرات اضطراب سلامت در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	ابتلا	۱۶.۱۷	۱.۲۶۲	۱۶.۲۷	۱.۱۷۲	۱۶.۲۳	۱.۴۰۶
	پیامد	۱۳.۳۷	۱.۱۸۹	۱۳.۳۷	۱.۱۲۹	۱۳.۵۳	۱.۳۰۶
	نگرانی	۱۸.۲۳	۱.۳۳۱	۱۸.۳۷	۱.۴۰۲	۱۸.۸۳	۱.۵۷۷
	اضطراب سلامت	۴۷.۷۷	۱.۹۲۴	۴۸	۲.۱۹۷	۴۸.۶۰	۱.۹۰۵
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	ابتلا	۱۵.۵۰	۱.۳۳۳	۷.۹۷	۱.۷۳۲	۷.۳۷	۱.۹۳۸
	پیامد	۱۳.۷۳	۰.۹۰۷	۳.۸۰	۱.۶۲۷	۳.۷۳	۱.۸۵۶
	نگرانی	۱۸.۹۰	۱.۲۱۳	۶.۱۳	۱.۴۷۹	۵.۹۷	۱.۵۴۲
	اضطراب سلامت	۴۸.۱۳	۲.۰۳۰	۱۷.۹۰	۲.۴۹۶	۱۷.۰۷	۳.۴۴۳

در جدول ۳ و ۴ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی و اضطراب سلامت به تفکیک برای افراد گروه های کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش آزمون نسبت به مراحل پس آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی دهد ولی در گروه های آزمایش، شاهد کاهش نمرات افسردگی و اضطراب سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون می باشد.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد.

جدول ۵: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش آزمون افسردگی	۲.۴۷۲	۲	۸۷	۰.۰۹۰
پس آزمون افسردگی	۰.۳۹۲	۲	۸۷	۰.۶۷۸
پیگیری افسردگی	۱.۱۰۰	۲	۸۷	۰.۳۴۱
پیش آزمون اضطراب سلامت	۰.۵۶۷	۲	۸۷	۰.۵۶۹
پس آزمون اضطراب سلامت	۰.۴۳۲	۲	۸۷	۰.۶۵۱
پیگیری اضطراب سلامت	۰.۶۵۹	۲	۸۷	۰.۵۲۲

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۶: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی چند متغیری برای مقایسه افسردگی و اضطراب سلامت گروه های کنترل و آزمایش

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۱۰۰۰۶	۴۳۰۴۸۱	۸	۳۴۴	۰۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰۰۰۰۵	۵۴۲۰۲۲۵	۸	۳۴۲	۰۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۸۴۰۲۰۱	۸۳۹۱۴۰۲۶۷		۳۴۰	۰۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۸۴۰۱۹۰	۴۷۹۲۰۰۱۵۷		۱۷۲	۰۰۰۰۱

در جدول ۶ نتایج آزمون های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات افسردگی و اضطراب سلامت گروه های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می دهد که تمامی آزمون های چندمتغیری معنی دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و همین طور اثر تعاملی بین گروه ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه ها در طی مراحل اندازه گیری) است.

جدول ۷: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه افسردگی و اضطراب سلامت گروه های کنترل و آزمایش

منبع		مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	افسردگی	به فرض کرویت	۲	۳۱۴۳۶۰۲۹۶	۹۹۷۰۶۶۶	۰۰۰۰۱	۰۰۹۲۰
		گرین هوس-گیزر	۱۰۴۷۸	۳۱۴۳۶۰۲۹۶	۹۹۷۰۶۶۶	۰۰۰۰۱	۰۰۹۲۰
		هین-فلت	۱۰۵۳۲	۳۱۴۳۶۰۲۹۶	۹۹۷۰۶۶۶	۰۰۰۰۱	۰۰۹۲۰
		کران پایین	۱	۳۱۴۳۶۰۲۹۶	۹۹۷۰۶۶۶	۰۰۰۰۱	۰۰۹۲۰
	اضطراب سلامت	به فرض کرویت	۲	۲۶۳۲۴۰۵۴۱	۲۱۲۸۰۹۵۵	۰۰۰۰۱	۰۰۹۶۱
		گرین هوس-گیزر	۱۰۹۹۲	۲۶۳۲۴۰۵۴۱	۲۱۲۸۰۹۵۵	۰۰۰۰۱	۰۰۹۶۱
		هین-فلت	۲	۲۶۳۲۴۰۵۴۱	۲۱۲۸۰۹۵۵	۰۰۰۰۱	۰۰۹۶۱
		کران پایین	۱	۲۶۳۲۴۰۵۴۱	۲۱۲۸۰۹۵۵	۰۰۰۰۱	۰۰۹۶۱
خطا	افسردگی	به فرض کرویت	۱۷۴	۲۷۴۱۰۳۵۶	۱۵۰۷۵۵		
		گرین هوس-گیزر	۱۲۸۰۵۹۰	۲۷۴۱۰۳۵۶	۲۱۰۳۱۹		
		هین-فلت	۱۳۳۰۲۸۸	۲۷۴۱۰۳۵۶	۲۰۰۵۶۷		
		کران پایین	۸۷	۲۷۴۱۰۳۵۶	۳۱۰۵۱۰		
	اضطراب سلامت	به فرض کرویت	۱۷۴	۱۰۷۵۰۷۵۶	۶۰۱۸۳		
		گرین هوس-گیزر	۱۷۳۰۳۲۴	۱۰۷۵۰۷۵۶	۶۰۲۰۷		
		هین-فلت	۱۷۴	۱۰۷۵۰۷۵۶	۶۰۱۸۳		
		کران پایین	۸۷	۱۰۷۵۰۷۵۶	۱۲۰۳۶۵		

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه افسردگی و اضطراب سلامت گروه های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۷، مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه ها در طی مراحل اندازه گیری)، برای هر دو متغیر در سطح آلفای

۰/۰۱ معنی دار می باشد ($p < ۰/۰۱$). معنی داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات افسردگی، اضطراب سلامت گروه های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش درمانی در طی مراحل اندازه گیری است.

نتیجه گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها در مورد این فرضیه نشان می دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب سلامت گروه های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری کمتر از افراد گروه کنترل می باشد ($p < ۰/۰۵$). نتایج به دست آمده در مورد این فرضیه با نتایج پژوهش های مختلف به طور مستقیم و غیر مستقیم همخوانی دارد. از جمله این پژوهش ها می توان به اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۱۴۰۰)، داوودی و همکاران (۱۳۹۸)، پاک و همکاران (۱۳۹۷)، پاکنهام و لندی (۲۰۲۳)، هان^۱ (۲۰۲۱)، تیچک و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد.

در تبیین نتایج این فرضیه می توان گفت برای بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به ام اس لازم است تا به مدل آسیب شناسی این درمان در مقابل شش فرآیند اصلی آن توجه کنیم. در اولین بعد آسیب شناختی، اجتناب تجربه ای در مقابل پذیرش مطرح می شود. بارون زاد (۱۳۹۶) بر این باور است که، پذیرش جایگزینی برای اجتناب تجربه ای است و عبارت است از به آغوش کشیدن آگاهانه و فعال تجربه های درونی است؛ بدون اینکه بی جهت برای تغییر شکل یا بسامد آنها تلاش کنیم. اجتناب تجربه ای برای از بین بردن تماس با افکار و احساسات نامطلوب است که این راهبرد نه تنها اغلب شکست می خورد بلکه رویداد نامطلوب را افزایش می دهد. با جایگزینی پذیرش با اجتناب تجربه ای در طول درمان، انعطاف پذیری روانشناختی در فرد افزایش پیدا می کند. در دومین بعد آسیب شناختی، همجوشی در مقابل گسلش شناختی قرار می گیرد. همجوشی به غلبه رویدادهای کلامی - شناختی (که اغلب نیز ماهیت منفی دارند) بر دیگر منابع تنظیم رفتاری اشاره دارد. در واقع همجوشی شناختی به معنای گرفتار شدن در میان افکار است، چسبیدن به افکار به گونه ای که رفتار را تحت تأثیر قرار می دهد. در پذیرش و تعهد درمانی با گسلش شناختی به مبارزه با آمیختگی شناختی می روند تا فرد را از حالت انعطاف ناپذیری روان شناختی خارج سازند. گسلش شناختی فرایند غلبه کارکرد های لفظی تجارب درونی را کاهش می دهند و با وسعت بخشیدن به کنترل محرک بر رفتار، اعمال منعطف تر را تقویت می کنند. به این ترتیب با کسب مهارت گسلش شناختی افراد مبتلا به ام اس دومین مهارت لازم برای افزایش سطح انعطاف پذیری روانشناختی را بدست خواهند آورد و می توانند علایم اضطراب و افسردگی را مدیریت کنند. بعد سوم آسیب شناختی، خود به عنوان محتوا در برابر خود به عنوان زمینه مطرح است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رشد خود به عنوان زمینه را تقویت می کند. این کار در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق چهارچوب های رابطه ای من/تو، اینجا/ آنجا و الان/ سپس انجام می شود. مشاهده خود از آگاهی مداوم از خود است که تغییر نمی کند و همیشه حاضر و در مقابل صدمه مقاوم می باشد. بنابراین وقتی افراد مبتلا به ام اس فرا می گیرند تا به عنوان فردی ناظر از بیرون به مسائل و مشکلات نظری بیا فکنند و انرژی و نیروی لازم را اکنون برای افزایش سلامت روانی خود استفاده کنند. در چهارمین بعد آسیب شناختی، تسلط آینده و گذشته در مقابل ارتباط با زمان حال مطرح است. تماس با لحظه حاضر از آوردن کامل آگاهی تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، پذیرش و درگیری کامل با آنچه در حال اتفاق افتادن است. از منظر کلی تمرکز بر اشتباهات گذشته و تصورات از آینده آنگونه که هافمن و آسوندسون (۲۰۰۸) بیان داشته اند، عاملی است تا فرد در چنگال تصورات و باورهای گرفتار شود که چندان انعطافی ندارند و می تواند علت مهمی برای زمینه سازی اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به ام اس باشد. به این جهت وقتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افراد مبتلا به ام اس موجب رهایی از گذشته و تصورات آینده می شود، باعث می گردد تا سازگاری فرد با بیماری به صورت خود به خود با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی بالا برود. در بعد پنجم آسیب شناختی، عدم وضوح ارزش ها در برابر

^۱ - Han

ارزش های مشخص مطرح می شود. ارزش ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت کیفیت های زندگی انتخاب شده تعریف می شوند که لحظه به لحظه حاضر هستند. وقتی ارزش های زندگی برای افرادی مانند بیماران مبتلا به ام اس نامشخص است این امکان که فرد با تلاش و عملی متعهدانه همراه با پذیرش به سوی اهداف ارزشمند زندگی حرکت کند، عملاً غیرممکن می شود. در این شرایط یک فرد مبتلا به ام اس عملاً نه می داند و نه می تواند که خود را به هدفی ارزشمند در زندگی متعهد سازد. این همان عاملی است که موجب می شود تا بسیاری از این افراد عملاً برای مدت های قابل توجهی دست به هیچ اقدام و عمل متعهدانه ای برای بهبود بیماری و علایم روانشناختی مرتبط با آن مانند اضطراب و افسردگی موجود نزنند. با تصریح در ارزش ها و اهداف ارزشمند زندگی این روند معکوس گشته و به این ترتیب سلامت روانی آنها افزایش می یابد. در راستای نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می شود، موضوع پژوهش در شهرهای دیگر، بر روی افراد عادی و یا بیماری های دیگر مرتبط با روانشناختی و به روش مصاحبه نیز انجام گردد.

منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی،، بایرام پور، عذرا، فاروقی، پریا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۳۱(۱)، ۹۷-۱۰۶.
- بارون زاده بهبهانی، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر بهبود نظم جویی هیجانی شناختی و فرسودگی زنان شاغل تأمین اجتماعی استان خوزستان. دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.
- البرزی، زهرا، بنی سی، پریناز، زمردی، سعیده. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مسئولیت پذیری و شادکامی دانشجویان علم و صنعت. فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی، ۳(۱).
- پاک، راضیه، عبدی، رضا، چلبیانلو، غلامرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس. روانشناسی معاصر. ۱۲(۱)، ۶۳-۷۲.
- پیامنی، فیروزه، میری، مجید، جهانی، یونس. (۱۳۸۹). بررسی روش های سازگاری با استرس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس مراجعه کننده به انجمن ام. اس ایران. فصلنامه پرستاری مندیش، ۱۱(۱).
- چیانی، هاجر. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سلامت روان و دشواری هیجان زنان خانواده اعتیاد شهر کرج پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه رودهن.
- خوش روش، وحید، علی محمدی، حلیمه، واسعی، سحر، رضایی، فریبا. (۱۳۹۸). بررسی اثر مثبت اندیشی در سه ماهه آخر بارداری بر افسردگی بعد از زایمان مادران. مجله پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۲(۱۳)، ۷۵۱۳-۲۵۸۸.
- داوودی، مریم، شاملی، لیلا، هادیان فرد، حبیب. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد افراد مبتلا به مالتیپل اسکلوزیس. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی، ۲۵(۳).
- سعادت، سجاد، کلانتری، مهرداد، کجباف، محمدباقر، حسینی نژاد، مظفر. (۱۳۹۸). بررسی مقایسه ای نشانگان روانشناختی در بیماران مولتیپل اسکلوزیس و افراد بهنجار. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۶(۶).
- شهاب، آذرمیدخت، احدی، حسن، جمهری، فرهاد،، مومباری کراسکیان، الف. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی (تاثیر) طرحواره درمانی هیجانی بر بهزیستی ذهنی و خستگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس. روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۰(۴)، ۷۷-۹۶.
- شهیداد، شیما، و محمدی، محمدتقی. (۱۳۹۹). آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید -۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۱۸۴-۱۹۲.

صفاری نیا، مجید، عیسی زاده، فاطمه، حمزئی، زهرا. (۱۴۰۰). پیشبینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۸(۱):۱۳۹۹.

فرنوش، غلامرضا، علیشیری، غلامحسین، حسینی ذیجور، سیدرضا، درستکار، روح اله، و جلالی فراهانی، علیرضا. (۱۳۹۹). شناخت کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹ و کووید-۱۹ بر اساس شواهد موجود. مطالعه مروری. مجله طب نظامی، ۲۲(۱)، ۱-۱۱.

Alnajashi H, Jabbad R. (۲۰۲۰). Behavioral practices of patients with multiple sclerosis during Covid-۱۹ pandemic. PLoS One, ۱۵(۱۰):e۰۲۴۱۱۰۳.

Amato MP, Prestipino E, Bellinva A. (۲۰۱۹). Identifying risk factors for cognitive issues in multiple sclerosis. Expert Review Neurotherapeutics, ۱۹:۳۳۳-۳۴۷.

American Psychiatric Association (۲۰۱۳). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-۵. Arlington, Va: American Psychiatric Association.

Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Michel P, Pelletier J, Auquier P. (۲۰۱۳). Measuring the quality of life in patients with multiple sclerosis in clinical practice: a necessary challenge. Mult Scler Int.

Bennett, R., & Oliver, J. E. (۲۰۱۹). *Acceptance and Commitment Therapy: ۱۰۰ Key Points and Techniques*. Routledge.

Broglio, S. P., Kontos, A. P., Levin, H., Schneider, K., Wilde, E. A., Cantu, R. C., ... & Giza, C. (۲۰۱۸). National Institute of neurological disorders and stroke and department of defense sport-related concussion common data elements version ۱.۰ recommendations. *Journal of Neurotrauma*, ۳۵(۲۳), ۲۷۷۶-۲۷۸۳.

Chalah, MA., Ayache, SS. (۲۰۱۸). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. J Clin Neurosci, ۵۲:۱-۴.

Chwastiak LA, Ehde DM. (۲۰۰۷). Psychiatric issues in multiple sclerosis. *Psychiatr Clin North Am*; ۲۰۰۷, ۳۰(۴):۸۰۳-۱۷.

Eilenberg T, Frosthalm L, Schröder A, Jens S, Jensen, Per Fink. Disorders Long-term consequences of severe health anxiety on sick leave in treated and untreated patients: Analysis alongside a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. ۳۲, ۹۵۰-۱۰۲.

Feinstein A, Pavisian B. (۲۰۱۷). Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*, ۲۳(۷):۹۲۳-۷.

Han, A. (۲۰۲۱). Mindfulness-and acceptance-based interventions for symptom reduction in individuals with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(۱۰), ۲۰۲۲-۲۰۳۱.

Hayes, S. C. (۲۰۱۹). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, ۱۸(۲), ۲۲۶-۲۲۷.

Jani M, Jamilian H, Aramoon A. Comparing Perceived Stress, Self-efficacy and Mental Health in Patients With HIV and Hepatitis C. *J Arak Uni Med Sci* ۲۰۱۷; ۲۰(۹): ۱۲-۲۱.

Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst* ۲۰۰۶; ۲۹:۱۶۱-۱۸۵.

Liu, X., Na, RS., Bi, ZQ. (۲۰۲۰). Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-۱۹). *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*; ۴۱(۰):E۰۲۹.

- Longley, S., Watson, D., & Noyes, R. (۲۰۰۵). Assessment of the hypochondriasis domain: The multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT). *Psychological Assessment*, ۱۷(۱), ۳۰-۱۴.
- Pakenham, K. I., & Fleming, M. (۲۰۱۱). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & health*, ۲۶, ۱۲۹۲- ۱۳۰۹.
- Pakenham, K. I., & Landi, G. (۲۰۲۳). A Pilot Randomised Control Trial of an Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Resilience Training Program for People with Multiple Sclerosis. *Sclerosis*, 1(۱), ۲۷-۵۰.
- Patel VP, Walker LA, Feinstein A. (۲۰۱۸). Revisiting cognitive reserve and cognition in multiple sclerosis: A closer look at depression. *Multiple Sclerosis*, ۲۴:۱۸۶-۱۹۵ Ron MA. (۲۰۱۸). The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *B J Psych Adv*, ۲۴(۳):۱۷۸-۸۷.
- Talaat F, Ramadan I, Aly S, Hamdy E. (۲۰۲۰). Are multiple sclerosis patients and their caregivers' more anxious and more committed to following the basic preventive measures during the COVID-۱۹ Pandemic? *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, ۴۶, ۱۰۲۵۸۰.
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (۲۰۱۸). Diagnosis of multiple sclerosis: ۲۰۱۷ revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, ۱۷(۲), ۱۶۲-۱۷۳.
- Tjak JA, Davis ML, Morina N, Emmelkamp P. (۲۰۱۸). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. ۸۴(۱): ۳۰-۶.
- Tyrer A, Helen, Tyrer A, Peter, Lisseman-Stones b, Yvonne, McAllister, Sharon (۲۰۱۵). Therapist differences in a randomized trial of the outcome of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical.
- Viner R, Patten SB, Berzins S, Bulloch AG, Fiest KM. Prevalence and risk factors for suicidal ideation in a multiple sclerosis population. *J Psychosom Res*; ۲۰۱۴, ۷۶(۴):۳۱۲-۶.
- Zhu, Z., Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhang, F., Shang, Z., et al. (۲۰۲۰). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-۱۹ Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv*.