Zaker B, et al. *Depiction of Health*. 2026; 17(4): xxx-xxx.
doi:
https://doh.tbzmed.ac.ir

Comparison the Effectiveness of Group Rational-Emotive Behavior Therapy and Group Reality Therapy on Illness Anxiety of Patients with Relapsing–Remitting Multiple Sclerosis: A Quasi-Experimental Study

Behnaz Zaker[1] **PeymanyJavid** [2] **, Javad Khalatbary** [3] **, Mohammadreza Seyrafi** [2*] **,**
[1] Department of General Psychology, UAE.C., Islamic Azad University , Dubai, United Arab Emirates
[2] Department of Psychology, KA.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran
[3] Department of Psychology, TO.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 25 Feb 2026
Revised: 20 Aug 2026
Accepted: 23 Aug 2026
ePublished: xxxx

Keywords:
Rational Emotive Behavior Therapy,
Reality Therapy,
Illness Anxiety,
Relapsing–Remitting Multiple Sclerosis,
Group Psychotherapy,
Quasi-Experimental Study,
Mental Health

Abstract

Background. Illness anxiety is a prevalent and clinically significant psychological consequence of relapsing–remitting multiple sclerosis (RRMS) that can profoundly impact patients' adaptation to the disease and their quality of life. Although the efficacy of cognitive–behavioral interventions in improving psychological outcomes for these patients has been reported, there is limited direct evidence comparing Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Reality Therapy (RT) in reducing illness anxiety. This study aimed to compare the effectiveness of group-based REBT and group-based Reality Therapy in reducing illness anxiety among patients with RRMS.

Methods. This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest assessment, including a control group and a three-month follow-up. The study population comprised 300patients with RRMS registered with the Iranian Multiple Sclerosis Society in Tehran during the winter and spring of 2022-2023. Participants were screened using the Evans Illness Anxiety Questionnaire and evaluated against predefined inclusion and exclusion criteria. Sixty patients who met the inclusion criteria and scored at least one standard deviation above the sample mean on the illness anxiety scale were selected via purposive sampling. Participants were randomly assigned to three equal groups: REBT, Reality Therapy, and a control group (n = 20 per group). Interventions consisted of ten 90-minute weekly sessions delivered by a single therapist trained in both approaches. Illness anxiety was assessed at pretest, posttest, and at the three-month follow-up (Cronbach's α = 0.84 in the current study). Data were analyzed using a 3×3 mixed analysis of variance (ANOVA), Bonferroni post-hoc tests, and repeated-measures ANOVA via SPSS version 27. Statistical significance was set at $P< 0.05$.

Results. The mixed analysis of variance revealed a significant time × group interaction with a large effect size ($\eta p^2 = 0.425$, $P<0.001$). Bonferroni pairwise comparisons indicated that both REBT and RT interventions resulted in significantly greater reductions in illness anxiety compared with the control group ($P<0.001$), and these improvements were maintained at the three-month follow-up. No statistically significant differences were observed between the two intervention groups at posttest ($P=0.113$) or follow-up ($P= 0.314$). Within-group repeated-measures analyses demonstrated large effect sizes for REBT ($\eta p^2 = 0.633$, $F(2,38) = 32.71$, $P< 0.001$) and RT ($\eta p^2 = 0.601$, $F(2,38) = 28.57$, $P< 0.001$). In contrast, the control group showed no statistically significant change over time ($\eta p^2 = 0.089$, $F(2,38) = 1.85$, $P = 0.171$).

Conclusion. The findings demonstrate that both group-based Rational Emotive Behavior Therapy and Reality Therapy are effective in reducing illness anxiety in patients with RRMS, with treatment effects sustained three months post-intervention. These results suggest that structured psychological interventions, when utilized alongside routine medical and neurological treatments, can serve as valuable complementary options to enhance the psychological adjustment of patients with multiple sclerosis.

Zaker B, Seyrafi M, Khalatbary J, Peymany J. Comparison the Effectiveness of Group Rational-Emotive Behavior Therapy and Group Reality Therapy on Illness Anxiety of Patients with Relapsing–Remitting Multiple Sclerosis: A Quasi-Experimental Study. Depiction of Health. 2026; 17(4): xxx-xxx. doi: . (Persian)

* Corresponding author; Mohammadreza Seyrafi, E-mail: Mohammadreza.seirafi@iau.ac.ir

© 2026 This work is published by Depiction of Health as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Research Insights

- Relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS), due to its chronic and unpredictable course and alternating periods of relapse and remission, exposes patients to persistent uncertainty and psychological distress. Concerns regarding the future course of the disease and its potential consequences may increase illness anxiety and adversely affect psychological adjustment and quality of life. Therefore, identifying effective interventions to reduce illness anxiety is an essential component of comprehensive, patient-centered care for individuals with multiple sclerosis.
- Despite the growing attention given to mental health in multiple sclerosis, comparative evidence regarding the effectiveness of group-based approaches grounded in different theoretical frameworks remains limited, particularly concerning the sustainability of their effects. Specifically, the effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and Reality Therapy (RT), as well as the maintenance of therapeutic gains following treatment completion, requires further investigation, as assessments conducted solely immediately post-intervention do not provide sufficient information regarding the long-term durability of the effects.
- The present study addresses this gap by directly comparing group-based Rational Emotive Behavior Therapy and Reality Therapy in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. The findings demonstrated that both interventions reduced illness anxiety, and this improvement was maintained at the three-month follow-up assessment. Therefore, this study provides empirical evidence regarding the effectiveness and sustainability of these two distinct therapeutic approaches in the aforementioned clinical population.
- The findings may contribute to the integration of group-based psychological interventions into comprehensive multiple sclerosis care. At the clinical level, group-based Rational Emotive Behavior Therapy and group-based Reality Therapy represent complementary options for developing anxiety-reduction programs in clinics and rehabilitation centers. At the managerial level, implementing group therapy may facilitate more organized patient access to mental health services. At the policy-making level, these results underscore the importance of incorporating psychological support into chronic disease care programs, providing training for healthcare professionals, and establishing formal follow-up procedures after treatment completion.

Extended Abstract

Background

Illness anxiety is a common psychological concern among individuals with relapsing-remitting multiple sclerosis (RRMS). The chronic and unpredictable course of the disease often leaves patients with persistent uncertainty about symptom progression, relapse, and future disability. This uncertainty may increase excessive health and contribute to emotional distress. Although psychological interventions have become an important component of comprehensive care for individuals with multiple sclerosis (MS), evidence specifically addressing illness anxiety remains limited. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) focuses on identifying and modifying irrational beliefs that contribute to emotional distress, whereas Reality Therapy emphasizes personal responsibility, effective decision-making, and adaptive behavioral choices. Although evidence supports the psychological benefits of both approaches, few studies have directly compared their effectiveness in reducing illness anxiety among individuals with RRMS. Accordingly, the present study compared the effectiveness of group-based REBT and group-based Reality Therapy in reducing illness anxiety in patients with RRMS.

Methods

This quasi-experimental study used a pretest-posttest-follow-up design with a parallel wait-list control group. Participants were recruited from the Iranian MS Society in Tehran in 2023. A total of 300 registered patients were screened using the Evans Illness Anxiety Questionnaire. Individuals who met the inclusion criteria and scored at least one standard deviation above the sample mean were selected through purposive sampling. Of the screened patients, 240 were excluded because they did not meet the eligibility criteria or met one or more exclusion criteria. The remaining 60 eligible participants were randomly assigned, using simple random allocation, to three equal groups (n = 20): group-based REBT, group-based Reality Therapy, and a control group.

Both intervention programs consisted of ten weekly group sessions, each lasting 90 minutes. To maintain treatment consistency and reduce therapist-related variability, both interventions were delivered by the same therapist, who had received specialized professional training in REBT and Reality Therapy. Illness anxiety was assessed at baseline, immediately after the intervention, and three months later using the Evans Illness Anxiety Questionnaire. The instrument showed acceptable internal consistency in the present study (Cronbach's $\alpha = 0.84$). No participant withdrew from the study during the intervention or follow-up period.

PROOF

Data were analyzed using SPSS version 27. A 3 × 3 mixed-design analysis of variance (ANOVA) was performed to examine the interaction between group and time. Bonferroni-adjusted post hoc comparisons were conducted when appropriate, and one-way repeated-measures ANOVA was used to evaluate within-group changes across the three assessment points. Statistical significance was set at $P< 0.05$.

Results

The mixed-design ANOVA revealed a statistically significant interaction between group and time ($\eta p^2=0.425$, $P<0.001$), indicating that changes in illness anxiety differed significantly across the three study groups over the assessment period. Participants in both intervention groups showed significantly greater reductions in illness anxiety than those in the wait-list control group at posttest and at the three-month follow-up. These improvements were maintained throughout the follow-up period.

Within-group analyses also showed significant reductions in illness anxiety among participants who received REBT ($F (2,38) = 32.71$, $\eta p^2 = 0.633$, $P< 0.001$)) and Reality Therapy ($F(2,38) = 28.57$, $\eta p^2 = 0.601$, $P< 0.001$)), indicating large treatment effects. In contrast, no statistically significant change was observed in the wait-list control group ($F(2,38) = 1.85$, $\eta p^2 = 0.089$, $P= 0.171$)). Bonferroni-adjusted post hoc analyses further showed that both intervention groups differed significantly from the control group, whereas no statistically significant difference was found between the REBT and Reality Therapy groups ($P> 0.05$).

Conclusions

The findings indicate that both group-based Rational Emotive Behavior Therapy and group-based Reality Therapy are effective interventions for reducing illness anxiety in individuals with relapsing-remitting multiple sclerosis. The beneficial effects of both interventions remained evident three months after treatment completion. Because no statistically significant difference was observed between the two therapeutic approaches, both may be considered appropriate psychological interventions for managing illness anxiety in this patient population.

The study has several limitations. The relatively small sample size may limit the generalizability of the findings. Blinding of participants and the therapist was not feasible because of the nature of psychological interventions. Nevertheless, the controlled quasi-experimental design, random allocation of eligible participants, standardized intervention protocols, and follow-up assessment strengthened the methodological rigor of the study.

Proof

بهناز ذاکر و همکاران. *مجله تصویر سلامت*. ۱۴۰۵؛ ۱۷(٤): xxx- xxx.
doi:
https://doh.tbzmed.ac.ir

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی گروهی با واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب بیماری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده-بهبود یابنده: یک مطالعه نیمه آزمایشی

بهناز ذاکر[۱]، محمدرضا صیرفی[۲*]، جواد خلعتبری[۳]، جاوید پیمانی[۲]
[۱] گروه روانشناسی عمومی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی
[۲] گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۰۶
اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۰۵/۲۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱
انتشار برخط: xxxx

کلیدواژه‌ها:
رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی،
واقعیت‌درمانی،
اضطراب بیماری،
مولتیپل اسکلروزیس عودکننده- بهبودیابنده،
روان درمانی گروهی،
مطالعه نیمه آزمایشی،
سلامت روان

چکیده

زمینه. اضطراب بیماری از پیامدهای روان‌شناختی شایع و بالینِ مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده- بهبود یابنده (RRMS) است و می‌تواند فرایند سازگاری با بیماری و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور قابل‌توجهی تحت تأثیر قرار دهد. اگرچه اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری در بهبود پیامدهای روانشناختی این بیماران گزارش شده است؛ با این حال، شواهد مستقیم برای مقایسه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی (REBT) و واقعیت‌درمانی (RT) در کاهش اضطراب بیماری محدود است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مداخلات رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی بر اضطراب بیماری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده-بهبودیابنده بود.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه مطالعه۳۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عودکننده- بهبود یابنده عضو انجمن ام‌اس ایران در تهران، در زمستان و بهار سال‌های ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از طریق پرسش‌نامه اضطراب بیماری ایوانز بر اساس معیارهای ورود و خروج ارزیابی شدند. تعداد ۶۰ بیمار واجد معیارهای ورود که نمره اضطراب بیماری آن‌ها حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمونه بود، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی و با تخصیص مساوی در سه گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی و کنترل قرار گرفتند (۲۰ نفر در هر گروه). مداخلات شامل ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بود که توسط یک درمانگر واحد دارای آموزش تخصصی در هر دو رویکرد اجرا شد. اضطراب بیماری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با استفاده از پرسشنامه اضطراب بیماری ایوانز اندازه‌گیری شد (آلفای کرونباخ = ۰/۸۴ در مطالعه حاضر). داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته ۳×۳، آزمون تعقیبی بونفرونی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها. نتایج یافته‌ها نشان داد که هر دو مداخله رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت درمانی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معنادارتری در اضطراب بیماری پس از مداخله نشان دادند (P<۰/۰۰۱) و این تفاوت‌ها در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شد. همچنین، تفاوت معناداری بین دو گروه درمانی در مرحله پس‌آزمون (P = ۰/۱۱۳) و پیگیری (P = ۰/۳۱٤) مشاهده نشد. تحلیل‌های درون‌گروهی با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو مداخله دارای اندازه اثر بزرگ بودند؛ به‌طوری‌که در گروه رفتاردرمانی- عقلانی هیجانی مقدار F(۲,۳۸) = ۳۲/۷۱، P < ۰/۰۰۱، ηp^2 = ۰/۶۳۳) و در گروه واقعیت درمانی مقدار F(۲,۳۸) = ۲۸/۵۷، P < ۰/۰۰۱، ηp^2 = ۰/۶۰۱) به دست آمد. در مقابل، تغییرات گروه کنترل در طول زمان معنادار نبود (P = ۰/۱۷۱، F(۲,۳۸) = ۱/۸۵، ηp^2 = ۰/۰۸۹) .

نتیجه‌گیری. طبق نتایج مطالعه هر دو رویکرد گروهی رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت درمانی بر کاهش اضطراب بیماری بیماران مبتلا به ام اس نوع عودکننده- بهبود یابنده موثر بودند و این تاثیر ۳ ماه پس از پایان درمان نیز تداوم داشت. این نتایج بیانگر آن است که نقش مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته در کنار درمان‌های پزشکی و نورولوژیکی معمول به‌عنوان گزینه مکمل، می‌تواند زمینه‌ای برای استفاده گسترده‌تر از این رویکردها در بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس فراهم کند.

* پدیدآور رابط: محمدرضا صیرفی، آدرس ایمیل: Mohammadreza.seirafi@iau.ac.ir

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کریتیو کامنز CC-BY-NC (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

پیام‌های کلیدی

- بیماری اماس عودکننده ـ بهبودیابنده، به دلیل سیر مزمن و غیرقابل‌پیش‌بینی و دوره‌های عود و بهبودی، بیماران را با عدم‌قطعیت و فشارهای روان‌شناختی مستمر مواجه می‌کند. نگرانی از آینده بیماری و پیامدهای احتمالی آن می‌تواندباضطراب بیماری را افزایش داده و سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، شناسایی مداخلات مؤثر برای کاهش اضطراب بیماری، بخشی ضروری از مراقبت جامع و بیمارمحور مبتلایان به اماس است.
- با وجود توجه فزاینده سلامت روان در بیماری اماس، شواهد مقایسه‌ای درباره اثربخشی رویکردهای گروهی با مبانی نظری متفاوت در کاهش اضطراب بیماری و ماندگاری اثر محدود است. به‌طور مشخص، اثربخشی رفتاردرمانی هیجانی عقلانی (REBT) و واقعیت‌درمانی (RT) و تداوم تغییرات پس از پایان درمان، نیازمند بررسی بیشتر است؛ زیرا ارزیابی صرفاً بلافاصله پس از مداخله، درباره پایداری اثر درمانی اطلاعات کافی فراهم نمی‌کند.
- پژوهش حاضر با مقایسه مستقیم رفتاردرمانی هیجانی عقلانی و واقعیت‌درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اماس عودکننده ـ بهبودیابنده، به این خلأ پاسخ می‌دهدکه هر دو مداخله موجب کاهش اضطراب بیماری شدند و این بهبود در پیگیری دوماهه نیز حفظ شد. بنابراین،این مطالعه شواهدی تجربی درباره اثربخشی و تداوم اثربخشی این دو رویکرد درمانی متفاوت را در جمعیت بالینی مذکور فراهم می‌کند.
- یافته‌ها می‌توانند به ادغام مداخلات روان‌شناختی گروهی در مراقبت جامع اماس کمک کنند. در سطح بالینی، رفتاردرمانی هیجانی عقلانی و واقعیت‌درمانی گروهی گزینه‌هایی مکمل برای طراحی برنامه‌های کاهش اضطراب در کلینیک‌ها و مراکز توان‌بخشی‌اند. در سطح مدیریتی، اجرای گروه‌درمانی می‌تواند دسترسی سازمان‌یافته‌تر بیماران به خدمات سلامت روان را تسهیل کند؛ و در سطح سیاست‌گذاری، نتایج برگنجاندن حمایت روان‌شناختی در برنامه‌های مراقبت از بیماری‌های مزمن، آموزش متخصصان و پیش‌بینی پیگیری پس از درمان تأکید دارد.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis: MS) یک بیماری مزمن، التهابی و خودایمنی سیستم عصبی مرکزی است که با فرآیندهایی مانند دمیلیناسیون، التهاب عصبی و آسیب آکسونی مشخص می‌شود. این بیماری یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی عصبی در بزرگسالان جوان محسوب می‌شود و پیامدهای گسترده‌ای بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی زندگی افراد مبتلا دارد.[1] با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در درمان‌های تعدیل‌کننده بیماری، بسیاری از بیماران همچنان با علائم پایدار، محدودیت‌های عملکردی، نگرانی درباره آینده بیماری و مشکلات روان‌شناختی مواجه هستند که کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.[2]

در میان انواع مختلف بالینی مولتیپل اسکلروزیس، نوع عودکننده- بهبودیابنده شایع‌ترین شکل بیماری است که با دوره‌هایی از تشدید علائم عصبی و سپس بهبود نسبی یا کامل مشخص می‌شود. ماهیت غیرقابل پیش‌بینی عودها، عدم اطمینان درباره میزان پیشرفت ناتوانی و نگرانی درباره آینده، چالش‌های روان‌شناختی قابل توجهی برای بیماران ایجاد می‌کند.[3] از این‌رو، مدیریت مؤثر مولتیپل اسکلروزیس نیازمند رویکردی زیستی ـ روانی ـ اجتماعی است که علاوه بر علائم عصبی، پاسخ‌های روان‌شناختی فرد به بیماری را نیز مورد توجه قرار دهد.

مشکلات روان‌شناختی، در میان افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شیوع بالایی دارد. اضطراب و افسردگی از جمله شایع‌ترین مشکلات هیجانی گزارش‌شده در این بیماران هستند و با کاهش کیفیت زندگی، افزایش ناتوانی ادراک‌شده، کاهش عملکرد اجتماعی و سازگاری ضعیف‌تر با بیماری ارتباط دارند.[4,5] شواهد جدید نشان می‌دهد که اضطراب یکی از مشکلات مهم روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس است و تحت تأثیر عواملی مانند ویژگی‌های بیماری، ارزیابی‌های شناختی و عوامل اجتماعی-روان‌شناختی قرار دارد.[6]

یکی از سازه‌های مهم روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های مزمن، اضطراب بیماری است؛ سازه‌ای که به نگرانی شدید و پایدار درباره وضعیت سلامت، احتمال وخامت بیماری، پیامدهای آینده و تفسیر تهدیدآمیز نشانه‌های جسمانی

اشاره دارد. در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، حتی در شرایطی که فعالیت بیماری از نظر پزشکی کنترل شده باشد، نگرانی درباره عود، پیشرفت ناتوانی و آینده نامشخص بیماری می‌تواند همچنان موجب پریشانی هیجانی شود.[۷]

بر اساس مدل خودتنظیمی مشترک بیماری، واکنش‌های هیجانی و رفتاری افراد نسبت به بیماری تنها به ویژگی‌های عینی آن وابسته نیست، بلکه تحت تأثیر بازنمایی‌های شناختی فرد از بیماری، شامل باور درباره علت، پیامدها، طول مدت، کنترل‌پذیری و قابلیت درمان بیماری قرار دارد.[۸] بر اساس این مدل، ادراک‌های ناکارآمد از بیماری می‌توانند موجب افزایش پریشانی هیجانی و کاهش سازگاری شوند.[۹] پرسش‌نامه ادراک بیماری کوتاه نیز برای ارزیابی این باورهای شناختی و ارتباط آن‌ها با پیامدهای روان‌شناختی توسعه یافته است.[۸]

شواهد پژوهشی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان داده‌اند که ادراک منفی‌تر از بیماری، احساس کنترل پایین‌تر و ارزیابی بیماری به‌عنوان یک تهدید شدیدتر، با اضطراب بیشتر، سازگاری ضعیف‌تر و کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است.[۱۰] بنابراین، واکنش‌های روان‌شناختی به مولتیپل اسکلروزیس تنها توسط شدت بیماری پزشکی تعیین نمی‌شوند، بلکه حاصل تعامل پیچیده میان علائم جسمانی، تفسیرهای شناختی، پاسخ‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای هستند.[۱۱] در نتیجه، مداخلاتی که باورهای ناکارآمد، تنظیم هیجان و احساس کنترل فرد را هدف قرار دهند، میتوانند نقش مهمی در کاهش اضطراب بیماری و ارتقای سازگاری روان‌شناختی این بیماران ایفا کنند.[۱۲]

با توجه به نقش مهم عوامل روان‌شناختی در سازگاری با مولتیپل اسکلروزیس، مداخلات روان‌شناختی در سال‌های اخیر به‌عنوان بخش مکمل مراقبت جامع از این بیماران مورد توجه قرار گرفته‌اند.[۱۳] هدف این مداخلات تنها کاهش نشانه‌هایی مانند اضطراب و افسردگی نیست، بلکه بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، سازگاری با بیماری، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران را نیز دنبال می‌کند.[۱۴] با این حال، مطالعات پیشین تفاوت‌های قابل توجهی در چارچوب‌های نظری، پروتکل‌های درمانی، مدت مداخلات و ابزارهای اندازه‌گیری داشته‌اند که تعیین برتری یک رویکرد درمانی مشخص را دشوار ساخته است.[۱۵]

در میان رویکردهای روان‌شناختی، درمان‌های شناختی-رفتاری به دلیل تمرکز بر نقش افکار، باورها و تفسیرهای فرد در تنظیم هیجان، توجه ویژه‌ای دریافت کرده‌اند.[۱۶] شواهد نشان داده‌اند که مداخلات ساختاریافته روان‌شناختی، از جمله درمان شناختی ـ رفتاری، مدیریت استرس و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بهبود بخشند.[۱۷]

یکی از رویکردهای مهم شناختی- رفتاری، رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی است که توسط آلبرت الیس (Albert Ellis) ارائه شد. این رویکرد بر این فرض استوار است که آشفتگی‌های هیجانی عمدتاً ناشی از باورهای نامعقول و ارزیابی‌های فرد درباره رویدادها هستند، نه صرفاً خود رویدادها.[۱۸]

در مدل ABC رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، رویداد فعال‌کننده (A) از طریق باورهای (B) فرد در مورد خود فرد، دیگران و جهان پیرامون به پیامدهای (C) هیجانی و رفتاری منجر می‌شود. بنابراین، اصلاح باورهای نامعقول و جایگزینی آن‌ها با باورهای معقول می‌تواند موجب کاهش آشفتگی هیجانی و افزایش سازگاری شود.[۱۹]

رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا بسیاری از مشکلات هیجانی نه تنها ناشی از وجود بیماری، بلکه ناشی از تفسیرهای فاجعه‌ساز، باورهای نامعقول و ارزیابی‌های تهدیدآمیز فرد درباره بیماری هستند. در بیماران مولتیپل اسکلروزیس، باورهایی مانند غیرقابل کنترل دانستن بیماری یا تفسیر هر علامت جدید به‌عنوان نشانه پیشرفت قطعی بیماری می‌تواند اضطراب بیماری را افزایش دهد. رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی با هدف قرار دادن این فرآیندهای شناختی، تلاش می‌کند پاسخ‌های هیجانی سازگارانه‌تری ایجاد کند.[۲۰]

در کنار رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، رویکرد دیگری است که توسط ویلیام گلاسر (William Glasser) مطرح شد. این رویکرد بر مفاهیمی مانند انتخاب، مسئولیت‌پذیری، رفتار مؤثر در زمان حال و افزایش کنترل درونی شخصی تأکید دارد.[۲۱] بر اساس نظریه انتخاب، مشکلات روان‌شناختی زمانی افزایش می‌یابند که فرد احساس می‌کند کنترل مؤثری بر زندگی، انتخاب‌ها و روابط خود ندارد.[۲۲]

Proof

برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که با بخش‌هایی از بیماری مانند احتمال عود یا عدم قطعیت آینده مواجه هستند، تقویت احساس کنترل درونی، شناسایی انتخاب‌های موجود و توسعه رفتارهای مؤثر می‌تواند به سازگاری روان‌شناختی کمک کند. واقعیت‌درمانی گروهی تلاش می‌کند فرد را به ارزیابی رفتارهای فعلی، شناسایی حوزه‌های قابل کنترل و انتخاب راهبردهای سازگارانه‌تر هدایت کند.[۲۳]

اگرچه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی گروهی و واقعیت‌درمانی گروهی از نظر مبانی نظری تفاوت دارند، اما هر دو رویکرد با هدف کاهش واکنش‌های هیجانی ناسازگارانه و افزایش سازگاری روان‌شناختی طراحی شده‌اند. رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی عمدتاً بر اصلاح باورهای نامعقول و بازسازی شناختی تمرکز دارد،[۲۴] در حالی‌که واقعیت‌درمانی گروهی بر شناخت و مدیریت دنیای کیفی، کنترل درونی هر فرد، مسئولیت‌پذیری و انتخاب رفتارهای مؤثر تأکید می‌کند.[۲۵] با وجود اهمیت بالقوه این دو رویکرد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم میان آن‌ها در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بسیار محدود است.[۲۶]

مطالعات پیشین در زمینه مداخلات روان‌شناختی مولتیپل اسکلروزیس عمدتاً بر پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب عمومی، خستگی، استرس و کیفیت زندگی تمرکز داشته‌اند، در حالی‌که اضطراب بیماری به‌عنوان یک سازه شناختی- هیجانی اختصاصی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.[۲۷] از آنجا که اضطراب بیماری تحت تأثیر ارزیابی تهدید، باورهای بیماری و احساس کنترل قرار دارد، مداخلاتی که این سازوکارها را هدف قرار دهند می‌توانند مزایای بیشتری برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده- بهبودیابنده ایجاد کنند.[۲۸]

همچنین، بسیاری از پژوهش‌های پیشین یک روش درمانی را در مقایسه با گروه کنترل بررسی کرده‌اند و مطالعاتی که دو درمان فعال روان‌شناختی را مستقیماً با یکدیگر مقایسه کنند، محدود هستند. شواهد نشان داده‌اند که انتظارات فرد درباره آینده، شناخت‌های مرتبط با بیماری و نحوه معنا دادن به بیماری، نقش مهمی در کیفیت زندگی و سازگاری بیماران مولتیپل اسکلروزیس دارند.[۲۹]

مرورهای اخیر نیز نشان داده‌اند که اگرچه مداخلات شناختی- رفتاری در کاهش علائم روان‌شناختی مرتبط با مولتیپل اسکلروزیس مؤثر بوده‌اند، هنوز نیاز به پژوهش‌های بیشتری برای مشخص کردن مکانیسم‌های تغییر درمانی و مؤلفه‌های اصلی اثربخشی وجود دارد.[۳۰،۳۱] همچنین، مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته، از جمله مداخلات ارائه‌شده به صورت آنلاین، ظرفیت بهبود پیامدهای روان‌شناختی مولتیپل اسکلروزیس را نشان داده‌اند، اما مطالعات مقایسه‌ای کنترل‌شده همچنان ضروری هستند.[۳۲،۳۳]

بر این اساس، مطالعه حاضر با استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری، به مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی گروهی و واقعیت‌درمانی گروهی بر اضطراب بیماران مبتلا به ام‌اس نوع عودکننده- بهبودیابنده پرداخت. هدف این پژوهش صرفاً مقایسه آماری نبوده، بلکه ارائه شواهد کاربردی برای انتخاب مداخلات روان‌شناختی مؤثرتر و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران در چارچوب درمان چندوجهی ام‌اس بوده است.

روش کار

طراحی مداخله

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کاربردی و با توجه به شیوه جمع‌آوری از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی مبتنی بر طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود.

پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد واحد امارات، انجمن ام‌اس ایران واقع در تهران و کمیته اخلاق پژوهش در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱، افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از انجام ارزیابی اولیه و احراز شرایط ورود به مطالعه، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی و با استفاده از روش قرعه‌کشی به سه گروه شامل گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی (REBT)، گروه واقعیت‌درمانی (RT) و گروه کنترل، هر یک شامل ۲۰ نفر، تخصیص یافتند. بدین منظور، کد اختصاصی هر شرکت‌کننده بر روی برگه‌های هم‌شکل و غیرقابل تشخیص نوشته شد و پس از مخلوط کردن برگه‌ها، تخصیص افراد به گروه‌های پژوهش از طریق انتخاب تصادفی انجام گرفت. این فرایند تا تکمیل ظرفیت ۲۰ نفر در هر یک از سه گروه ادامه یافت. تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های پژوهش

Proof

با استفاده از روش قرعه‌کشی و بدون به‌کارگیری نرم‌افزار رایانه‌ای انجام شد.

پس از تخصیص گروهی، همه شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون را تکمیل کردند. سپس اعضای گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی در قالب ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، بر اساس پروتکل استاندارد آلبرت الیس تحت درمان قرار گرفتند. گروه واقعیت‌درمانی نیز طی ۱۰ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، بر اساس اصول نظریه انتخاب و پروتکل استاندارد گلاسر درمان دریافت کردند. جلسات هر دو مداخله توسط یک روان‌درمانگر با تجربه در حوزه درمان اختلالات روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های سیستم خود ایمنی، از جمله مولتیپل اسکلروزیس، ویتیلیگو و پسوریازیس اجرا شد. درمانگر دوره‌های تخصصی رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی را در مؤسسه آلبرت الیس و آموزش‌های واقعیت‌درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب را تحت برنامه‌های آموزشی مؤسسه گلاسر گذرانده بود. استفاده از یک درمانگر واحد برای هر دو مداخله، با هدف کنترل اثر درمانگر و افزایش همسانی اجرای پروتکل‌ها انجام شد.

گروه کنترل طی دوره مطالعه هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی ساختاریافته‌ای دریافت نکرد و تنها مراقبت‌های معمول پزشکی خود را ادامه داد. به‌منظور رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از پایان مرحله پیگیری، دو جلسه مشاوره آموزشی و دو جلسه درمان گروهی برای اعضای گروه کنترل برگزار شد. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان مداخلات و مرحله پیگیری سه ماه پس از خاتمه درمان انجام شد تا پایداری اثرات درمان ارزیابی شود.

جامعه هدف و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده- بهبودیابنده عضو انجمن ام‌اس ایران (شهر تهران) بودند که تشخیص بیماری آنان در مرحله اولیه غربالگری توسط متخصص مغز و اعصاب تأیید شده بود. با توجه به ماهیت مداخله‌ای مطالعه، نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با توجه به معیارهای ورود و خروج انجام گرفت.

معیارهای ورود و خروج

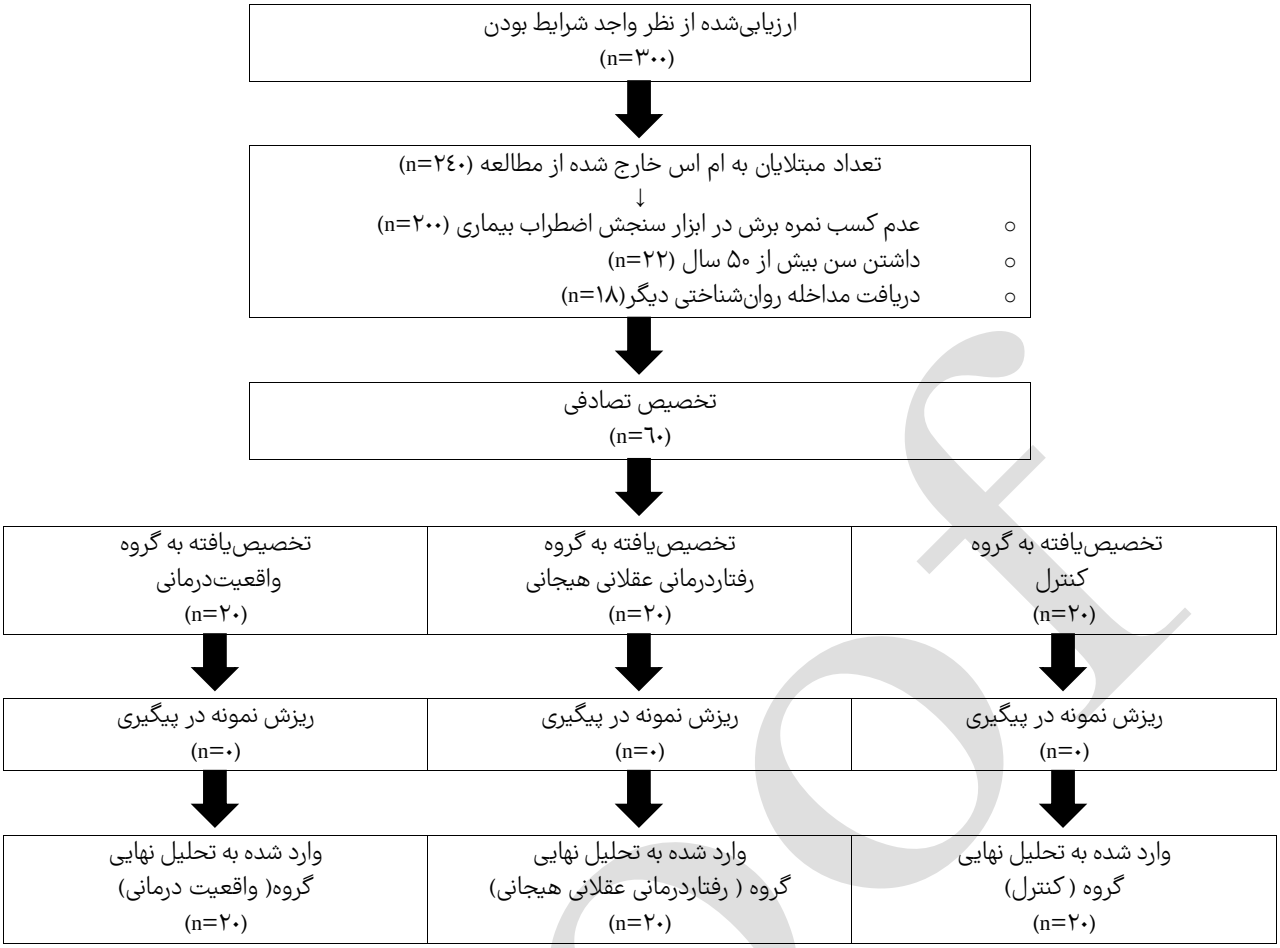
معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل: ۱- سن ۲۰ تا ۵۰ ساله، ۲- داشتن تشخیص قطعی مولتیپل اسکلروزیس از نوع عودکننده-بهبودیابنده توسط متخصص مغز و اعصاب.۳ - برخورداری از حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، ٤- تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه، ٥- نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانی هم‌زمان و ٦- کسب نمره حداقل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه اضطراب بیماری ایوانز (Evans Hypochondriasis Questionnaire) بود. همچنین معیارهای خروج از این پژوهش نیز شامل ۱- هم‌زمانی شرکت در سایر مداخلات روان‌شناختی، ۲- عدم تمایل به ادامه مشارکت در جلسات مداخله، ۳- غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات مداخله و ٤- عدم تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش بود.

شناسایی و انتخاب شرکت‌کنندگان توسط روان‌شناس پژوهش انجام شد. در مرحله نخست، پرسش‌نامه اضطراب بیماری ایوانز در میان تمامی ۳۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عودکننده- بهبودیابنده عضو انجمن ام‌اس ایران در شهر تهران، که آمادگی همکاری در پژوهش را داشتند، اجرا شد (مرحله غربالگری اولیه). میانگین نمرات غربالگری ۲۸/٥ و انحراف معیار ۹/٦ و نمره برش برای ورود به مطالعه ۳۸، معادل یک انحراف معیار بالاتر از میانگین تعیین گردید. افرادی که نمره حداقل ۳۸ کسب کرده بودند و سایر معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، به‌عنوان افراد واجد شرایط شناسایی شدند.

از میان ۳۰۰ فرد بررسی‌شده، ۲۴۰ نفر به دلیل عدم احراز معیارهای ورود یا وجود معیارهای خروج از مطالعه کنار گذاشته شدند. در نهایت، ۶۰ بیمار واجد شرایط به‌صورت تصادفی ساده و با تخصیص مساوی در سه گروه (رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت درمانی و گروه کنترل) قرار گرفتند.

- REBT (n=20)
- RT(n=20)
- C (n=2۰)

Proof



نمودار ۱. فلوچارت فرایند نمونه‌گیری تخصیص تصادفی ، پیگیری و تحلیل شرکت‌کنندگان در مطالعه با سه بازوی مداخله‌ای (واقعیت درمانی، رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و گروه کنترل)

حجم نمونه بر اساس تحلیل توان آماری کوهن برای طرح‌های نیمه‌آزمایشی سه‌گروهی، با سطح معنی‌داری ۰/۰۵و اندازه اثر متوسط (f = ۰/۵۰) تعیین شد. بر این اساس، حضور ۲۰ نفر در هر گروه توان آماری تقریبی ۰/۹۳ را برای آزمون فرضیه‌های پژوهش فراهم می‌کرد.[۳٤]

مداخلات درمانی

هر دو مداخله در قالب جلسات گروهی ۱۰ جلسه‌ای، هر جلسه ۹۰ دقیقه و به‌صورت هفته‌ای یک بار اجرا شد:

- گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، مبتنی بر الگوی آلبرت الیس با تمرکز بر باورهای نامعقول، بازسازی شناختی، تنظیم هیجان و شناسایی بایدها و باورهای نامعقول؛
- گروه واقعیت درمانی، مبتنی بر نظریه انتخاب ویلیام گلاسر با تمرکز بر مسئولیت‌پذیری، نیازهای اساسی، کنترل رفتار درونی هر فرد و شناسایی دنیای کیفی.

گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما برای رعایت اصول اخلاق پژوهش، پس از پایان مرحله پیگیری، دو جلسه آموزش و مشاوره گروهی دریافت کردند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای سنجش اضطراب بیماری بیماران مبتلا به اماس نوع عودکننده- بهبودیابنده از پرسش‌نامه سنجش اضطراب بیماری ایوانز استفاده شد. این پرسش‌نامه به‌منظور آشنایی با تمایلات اضطراب مرتبط با بیماری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳٦ سوال می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت با سوالاتی مانند (تصور می‌کنید در مقایسه با گروه سنی خود، تا چه اندازه در معرض بیماری‌های گوناگون قرار داشته باشید؟) به سنجش اضطراب بیماری می‌پردازد. افراد بر مبنای نمره کسب شده در گروه‌های سالم (۰-۲۰) ، مرزی (۲۱-۳۰) ، خفیف (۳۱-٤۰) ، متوسط (٤۱-٦۰) و شدید (بالای ٦۰) قرار

می‌گیرند. این پرسش‌نامه برای افرادی که بیش از ۷۰ سال سن دارند، معتبر نیست. روایی پرسش‌نامه در ایران از طریق بررسی روایی محتوایی (CVI > ۰/۷۹ و CVR> ۰/۶۲) توسط متخصصان روانشناسی سلامت تایید شده است. در تحقیقات سرمد و همکاران پایایی پرسش‌نامه براساس روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.[۳۵] در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار از روش همسانی درونی برای داده‌های مرحله پیش‌آزمون محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸٤ به‌دست آمد.

پروتکل‌های مداخله

پروتکل رفتار درمانی عقلانی- هیجانی (REBT)

برای اجرای این مداخله از پروتکل رفتار درمانی عقلانی- هیجانی بر اساس دستورالعمل کتاب مراحل پروتکل رفتار درمانی عقلانی- هیجانی دیگیوزیپی (DiGiuseppe R) و همکاران استفاده شد (جدول ۱).[۳٦] تعداد جلسات درمان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که این جلسات درمان، هفته‌ای یکبار در ساعات مشخص و روزهای مشخص (شنبه‌ها ساعت ۱۰ الی ۱۱:۳۰) در سالن کنفرانس انجمن اماس ایران واقع در تهران از دی ماه تا اسفند ماه ۱۴۰۱ توسط پژوهشگر انجام شد.

جدول ۱. پروتکل رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی گروهی (REBT)

جلسه	اهداف درمانی و مؤلفه‌های اصلی مداخله
۱	معرفی اعضا، قوانین گروه، ایجاد اتحاد درمانی، آموزش مدل ABC الیس، تبیین ارتباط افکار، هیجان و رفتار، معرفی مفهوم اضطراب بیماری در MS.
۲	شناسایی باورهای نامعقول مرتبط با بیماری، ناتوانی، آینده و مرگ؛ آموزش ثبت افکار و خودپایش شناختی.
۳	آموزش فنون به چالش کشیدن باورهای نامعقول از طریق پرسشگری سقراطی، تجربی و عملگرایانه؛ تمرین گروهی.
٤	بازسازی شناختی، جایگزینی باورهای منطقی، آموزش پذیرش بدون قید و شرط خود و کاهش فاجعه‌سازی درباره بیماری.
٥	شناسایی خطاهای شناختی، اصلاح کمال‌گرایی، تحمل ناکامی و نیاز به قطعیت؛ تمرین تحلیل موقعیت‌های واقعی بیماران.
٦	آموزش تنظیم هیجان، مدیریت اضطراب، تکنیک‌های مقابله‌ای شناختی و رفتاری و تمرین مواجهه شناختی با نگرانی‌های مرتبط با بیماری.
۷	تمرین حل مسئله، افزایش خودکارآمدی، اصلاح سبک اسنادی و مقابله با نگرانی از عود بیماری؛ مرور تکالیف خانگی.
۸	تعمیم مهارت‌ها به موقعیت‌های روزمره، تمرین ایفای نقش، تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و بازنگری باورهای باقیمانده.
۹	تثبیت تغییرات شناختی و هیجانی، مرور پیشرفت درمان، برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود و استمرار تمرین‌ها.
۱۰	جمع‌بندی درمان، مرور مهارت‌های آموخته‌شده، پاسخ به سؤالات، ارائه برنامه نگهدارنده و خاتمه درمان.

پروتکل واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب (RT)

پروتکل واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اساس دستورالعمل واقعیت درمانی ویلیام گلاسر تنظیم شده است (جدول ۲). تعداد جلسات درمان ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که این جلسات درمان، هفته‌ای یکبار در ساعات مشخص و روزهای مشخص (دوشنبه‌ها ساعت ۱۰ الی ۱۱:۳۰) در سالن کنفرانس انجمن اماس ایران واقع در تهران از دی ماه تا اسفند ماه ۱۴۰۱ توسط پژوهشگر انجام شد.

جدول ۲. پروتکل واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب

جلسه	اهداف درمانی و مؤلفه‌های اصلی مداخله
۱	معرفی اعضا، ایجاد رابطه درمانی، قوانین گروه، معرفی نظریه انتخاب و اصول واقعیت‌درمانی، تبیین مسئولیت‌پذیری فردی.
۲	آموزش نیازهای اساسی (بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح)، شناسایی نیازهای ارضا نشده مرتبط با بیماری مزمن.
۳	بررسی دنیای کیفی، شناسایی اهداف فردی، ارزش‌ها و انتظارات مرتبط با سلامت و زندگی.
٤	ارزیابی رفتارهای کنونی بر اساس مدل رفتار کلی، بررسی میزان اثربخشی رفتارها در ارضای نیازها.
٥	خودارزیابی، تشخیص رفتارهای ناکارآمد، افزایش مسئولیت‌پذیری و انتخاب رفتارهای سازگارانه‌تر.
٦	طراحی برنامه تغییر، تعیین اهداف واقع‌بینانه، تدوین برنامه عملی مبتنی بر اصول و تعهد به اجرا.
۷	بررسی موانع اجرای برنامه، آموزش حل مسئله، تقویت تصمیم‌گیری و افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری.

Proof

جلسه	اهداف درمانی و مؤلفه‌های اصلی مداخله
۸	بازبینی میزان پیشرفت، اصلاح برنامه درمانی، تمرکز بر کنترل درونی، کاهش رفتارهای اجتنابی و تقویت رفتارهای مسئولانه.
۹	تثبیت تغییرات، مرور مهارت‌های آموخته‌شده، پیشگیری از بازگشت رفتارهای ناکارآمد و برنامه‌ریزی برای آینده.
۱۰	جمع‌بندی درمان، مرور دستاوردها، تقویت خودکارآمدی، تدوین برنامه نگهدارنده و خاتمه جلسات درمانی

روش تجزیه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی همچون فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار به کار گرفته شدند. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. در سطح استنباطی، با توجه به طرح پژوهش، شامل یک عامل بین‌آزمودنی «گروه» در سه سطح شامل (گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی و گروه کنترل)، یک عامل درون‌آزمودنی «زمان» در سه سطح شامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه)، و یک متغیر وابسته (اضطراب بیماری)، از تحلیل واریانس آمیخته ۳×۳ استفاده شد. همچنین، به‌منظور بررسی تغییرات متغیر وابسته در طول زمان در هر یک از گروه‌ها، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر به‌صورت جداگانه برای هر گروه انجام شد. به‌منظور کاهش احتمال بروز خطای نوع اول انجام شد. مقایسه‌های متعدد از آزمون تعقیبی بونفرونی در مقایسه‌های زوجی استفاده شد. تمامی تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ٦٠ نفر شرکت داشتند به طوری که، ۲۰ نفر در گروه رفتار درمانی عقلانی- هیجانی، ۲۰ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ویژگی جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در سه گروه مطالعه

متغیر	طبقه	REBT (n=۲۰)	RT (n=۲۰)	C (n=۲۰)	کل (N=٦٠)	مقدار آزمون	P-value
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سن (سال)	M± SD	۳۹/۸ ± ۷/۲	۴۰/۶ ± ۶/۸	۴۰/۱ ± ۷/۰	۴۰/۲ ± ۷/۰	F(۲/۵۷)= ۰/۰۷	۰/۹۳۲
جنسیت	زن	۱۵ (۷۵)	۱۵ (۷۵)	۱۵ (۷۵)	۴۵ (۷۵)	χ^2 (۲) = ۰/۰۰	۱/۰۰۰
	مرد	۵ (۲۵)	۵ (۲۵)	۵ (۲۵)	۱۵ (۲۵)		
وضعیت تأهل	متأهل	۷ (۳۵)	۱۲ (۶۰)	۹ (۴۵)	۲۸ (۴۶/۷)	χ^2 (۲) = ۲/۵۷	۰/۲۷۷
	مجرد	۱۳ (۶۵)	۸ (۴۰)	۱۱ (۵۵)	۳۲ (۵۳/۳)		
تحصیلات	دیپلم	۵ (۲۵)	۹ (۴۵)	۱۰ (۵۰)	۲۴ (۴۰)	χ^2 (۴) = ۵/۵۱	۰/۲۳۹
	لیسانس	۹ (۴۵)	۹ (۴۵)	۵ (۲۵)	۲۳ (۳۸/۳)		
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۶ (۳۰)	۲ (۱۰)	۵ (۲۵)	۱۳ (۲۱/۷)		

یادداشت: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT)، واقعیت درمانی (RT)، کنترل (C)، مقدار احتمال (P-value)

با توجه به نتایج جدول ۳، عدم معناداری تمامی مقایسه‌ها (P>۰/۰۵) نشانه همگنی موفقیت‌آمیز گروه‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناسی پیش از شروع مداخله است.

بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها

به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع دادها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که در تمامی گروه‌ها و مراحل اندازه‌گیری، مقدار و سطح معناداری(P>۰/۰۵) بود. بنابراین فرض صفر آزمون مبنی بر عدم تفاوت معنادار توزیع داده‌ها از توزیع نرمال رد نشد و داده‌ها از پیش‌فرض نرمال بودن برخوردار بودند. بر این اساس، استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تحلیل داده‌ها، مجاز تشخیص داده شد.

Proof

به‌منظور بررسی اثر مداخلات نمرات اضطراب بیماری و مقایسه تغییرات این نمرات در دو گروه پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته برای نمرات اضطراب بیماری در دو گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت درمانی، در جدول ٤ ارائه شده است.

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای نمرات اضطراب بیماری در دوگروه (REBT&RT) و یک گروه کنترل

منبع تغییر	SS مجموع مجذورات	df درجه آزادی	MS میانگین مجذورات	F مقدار	P سطح معناداری	η^2p مجذور ایتا
اثر اصلی زمان	۲٤۱۸/۷۰	۲	۱۲۰۹/۳۵	٤۸/۵۲	< ۰/۰۰۱	۰/٤٦۰
اثر اصلی گروه	۲۱۰۳/٤۵	۲	۱۰۵۱/۷۳	٤/۸۲	۰/۰۱۲	۰/۱٤۵
تعامل زمان × گروه	۲۱۰۳/۸۰	٤	۵۲۵/۹۵	۲۱/۱۲	<۰/۰۰۱	۰/٤۲۵
خطای زمان	۲۸٤۱/۵۰	۱۱٤	۲٤/۹۳			
خطای گروه	۱۲٤۳٦/۵۵	۵۷	۲۱۸/۱۹			

یادداشت: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT)، واقعیت درمانی (RT)

مطابق نتایج مندرج در جدول ٤، تحلیل واریانس آمیخته ۳×۳ در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و سه گروه (رفتار درمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی، کنترل) نشان داد که اثر اصلی زمان معناداراست (P<۰/۰۰۱، F(۲,۱۱۴)= ٤۸/۵۲، ηp^2=۰/٤۶۰) همچنین اثر اصلی گروه نیز معنادار است (P=۰/۰۱۲، ٤/۸۲ =F(۲,۵۷)، ηp^2=۰/۱٤۵). مهم‌ترین یافته، اثر تعاملی زمان × گروه بود که معنادار شد (P<۰/۰۰۱، ۲۱/۱۲ =F(٤,۱۱٤)، ηp^2=۰/٤۲۵). معنادار شدن اثر تعاملی نشان می‌دهد که روند تغییرات نمرات اضطراب بیماری در طول زمان، در سه گروه با یکدیگر تفاوت معناداری دارد. به عبارت دیگر، نوع مداخله (رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی یا عدم مداخله) بر الگوی تغییر نمرات تأثیر گذاشته است.

به‌منظور تعیین تفاوت‌های بین گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، برای مقایسه زوجی بین گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت درمانی و گروه کنترل آزمون تعقیبی بنفرونی انجام شد. فاصله اطمینان برای حد بالا و پایین ۹۵ درصد محاسبه و بررسی شد. نتایج این مقایسه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل Post-hoc با تصحیح بنفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

مقطع	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I–J)	حد پایین (CI=95%)	حد بالا (CI=95%)	خطای معیار	P
پیش‌آزمون	کنترل	REBT	۹/۱۰	-۱/۷۸	۲۰/۰۰	٤/۳۲	۰/۱۱۸
	کنترل	RT	۳/٦۵	-۷/۲۵	۱٤/۵۵	٤/۳۲	۰/۸۱۰
	REBT	RT	-۵/٤۵	-۱٦/۳۵	۵/٤۵	٤/۳۲	۰/۵۲۰
پس‌آزمون	کنترل	REBT	۱۷/۷۵	۷/٦۲	۲۷/۸۸	٤/۱۰	/۰۰۱<
	کنترل	RT	۹/۲۵	۰/۸۸	۱۹/۳۸	٤/۱۰	۰/۰٤۰
	REBT	RT	۸/۵۰	-۱/٦۳	۱۸/٦۳	٤/۱۰	۰/۱۱۳
پیگیری	کنترل	REBT	۲۳/۵۵	۱٤/۳۷	۳۲/۷۳	۳/٦۸	/۰۰۱<
	کنترل	RT	۱۷/٤۸	۸/۳۰	۲٦/٦٦	۳/٦۸	/۰۰۱<
	REBT	RT	٦/۰۷	-۳/۱۱	۱۵/۲۵	۳/٦۸	۰/۳۱٤

یادداشت: رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی (REBT)، واقعیت درمانی (RT)، کنترل (C)، فاصله اطمینان (CI= Confidence Interval)، سطح معناداری (P)

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌های رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، واقعیت‌درمانی و کنترل، تفاوت معناداری وجود نداشت (تمام مقادیر P> ۰/۰۵). با این حال، در مرحله پس‌آزمون،

گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی در مقایسه با گروه کنترل (P<۰/۰۰۱) و گروه واقعیت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل (P=۰/۰۴۰) تفاوت معناداری نشان دادند. در مقابل، مقایسه این دو گروه مداخله در پس‌آزمون معنادار نبود (P=۰/۱۱۳). بنابراین اگرچه هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری داشتند، اما هیچ یک بر دیگری برتری آماری نشان نداد. در مرحله پیگیری سه ماهه نیز این الگو حفظ شد. تفاوت هر دو گروه مداخله با گروه کنترل معنادار باقی ماند (P<۰/۰۰۱) و تفاوت بین این دو گروه مداخله همچنان معنادار نشد (P=۰/۳۱۴)که نشان‌دهنده پایداری اثربخشی هر دو رویکرد درمانی در طول زمان است.

میانگین نمرات در گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی از ۳۴/۸۵ در پیش‌آزمون به ۲۴/۴۰ در پیگیری و در گروه واقعیت درمانی از ۴۳/۳۵ به ۳۲/۷۰ کاهش یافته است؛ در حالی‌که در گروه کنترل از ۴۵/۲۵ به ۴۸/۷۵ افزایش یافته است (جدول ٦).

جدول ٦. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی روند تغییرات درون گروهی

گروه‌ها	پیش‌آزمون M±SD	پس‌آزمون M±SD	پیگیری M±SD	F (۲ ,۳۸)	P (معناداری)	ηp^2 (مجذور ایتا)
رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی (REBT)	۱٤/۳۲ ± ۳٤/۸۵	۱۱/٤٦ ± ۲۸/٤۰	۹/٤٦ ±۲٤/٤۰	۳/۰۳	۰/۰٦۰	۰/۱۳۷
واقعیت‌درمانی(RT)	۱۱/٦۹ ± ٤۳/۳۵	۱۰/۳۲ ± ۳۷/۹۰	۱۰/۱۱ ± ۳۲/۷۰	۳/۹۷	۰/۰۲۷	۰/۱۷۳
کنترل	۱٤/۸۱ ± ٤۵/۲۵	۱٤/۵۷ ± ٤٦/۲۰	۱۳/۱۷ ± ٤۸/۷۵	۰/۲۲	۰/۸۰٤	۰/۰۱۱

یادداشت: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT)، واقعیت درمانی (RT)، معناداری (P)

به‌منظور بررسی الگوی تغییرات در هر یک از گروه‌ها، تحلیل واریانس یک‌طرفه با اندازه‌گیری مکرر به‌صورت جداگانه انجام شد. نتایج نشان داد که در گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، نمرات اضطراب بیماری در طول سه مرحله اندازه‌گیری به‌طور معناداری تغییر یافت (P<۰/۰۰۱ و ηp^2=۰/۱۳۷). بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات از پیش‌آزمون (۳٤/۸۵) به پس‌آزمون (۲۸/٤۰)کاهش یافت و این روند در مرحله پیگیری (۲٤/٤۰) نیز ادامه پیدا کرد، به‌طوری‌که کمترین میانگین در پیگیری مشاهده شد. این الگو بیانگر آن است که کاهش علائم پس از پایان مداخله حفظ شده است. در گروه واقعیت‌درمانی نیز اثر زمان معنادار بود (P<۰/۰۰۱ و ηp^2=۰/۱۷۳). همانند گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی، میانگین نمرات واقعیت‌درمانی نیز از پیش‌آزمون (٤۳/۳۵)، پس‌آزمون (۳۷/۹۰) تا پیگیری (۳۲/۷۰) به‌صورت تدریجی کاهش یافت و اندازه اثر نشان داد که این تغییرات از نظر آماری و بالینی قابل توجه هستند.

در مقابل، در گروه کنترل اثر زمان معنادار نبود؛ (P=۰/۰۱۱ و ηp^2=۰/۸۰۴). میانگین نمرات در این گروه طی سه مرحله تغییر محسوسی نشان نداد و حتی افزایش اندکی در مرحله پیگیری (میانگین نمرات در پیش‌آزمون (٤۵/۲۵)، پس‌آزمون (۴۶/۲۰) و پیگیری (۴۸/۷۵) مشاهده شد که از نظر آماری معنادار نبود. در مجموع، الگوی تغییرات درون‌گروهی با نتایج تحلیل واریانس آمیخته و آزمون‌های تعقیبی بنفرونی همسو بود؛ به این معنا که کاهش پایدار نمرات تنها در گروه‌های دریافت‌کننده مداخله مشاهده شد، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری دیده نشد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت‌درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده- بهبودیابنده شدند و تاثیر آن تا مرحله پیگیری سه‌ماهه حفظ شد. همچنین، عدم مشاهده تفاوت معنادار بین دو گروه درمانی نشان می‌دهد که هر دو رویکرد علی‌رغم تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، می‌توانند از مسیرهای روانشناختی متفاوتی به کاهش نگرانی‌های مرتبط با بیماری و بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران کمک کنند. این یافته با شواهد اخیر درباره اثربخشی کلی مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اماس همسو است که نشان می‌دهد رویکردهای روان‌درمانی ساختاریافته می‌توانند پیامدهای روان‌شناختی این بیماران را بهبود بخشند.[۳۷] همچنین مطالعات فراتحلیلی و مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند موجب بهبود اضطراب، افسردگی،

PROOF

کیفیت زندگی و سایر پیامدهای روان‌شناختی در افراد مبتلا به MS شوند.[۳۸]

یافته‌های مطالعه حاضر به شواهد محدود موجود درباره مقایسه مستقیم REBT و RT در درمان اضطراب بیماری محسوب می‌شود. برخلاف مطالعات پیشین که عمدتاً بر اضطراب عمومی یا طیف گسترده‌ای از مشکلات اضطرابی و افسردگی تمرکز داشته‌اند، پژوهش حاضر اثربخشی این دو رویکرد را در هدف‌گیری اختصاصی اضطراب بیماری بررسی کرده است. این ویژگی، مطالعه حاضر را در جایگاهی متمایز برای درک نقش مداخلات مبتنی بر اصلاح باورهای نامعقول و فاجعه‌ساز، تنظیم هیجان‌ها و ارزیابی‌های شناختی در کاهش نگرانی‌های مرتبط با سلامت قرار می‌دهد؛[۳۹] در حالی‌که اضطراب بیماری شامل نگرانی مداوم درباره وضعیت سلامت، تفسیر تهدیدآمیز علائم جسمانی و ترس از آینده بیماری است و می‌تواند حتی در دوره‌های ثبات بالینی نیز باقی بماند. مطالعات اخیر نیز بر اهمیت توجه به ابعاد روان‌شناختی تجربه بیماری در کنار درمان‌های نورولوژیک تأکید کرده‌اند.[۴۰]

نخست اثربخشی مشاهده‌شده در گروه رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی را می‌توان در چارچوب مبانی نظری این رویکرد تبیین کرد. اگرچه شواهد مستقیم درباره کاربرد رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی برای اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به اماس نوع عودکننده- بهبود یابنده محدود است، یافته حاضر با مدل نظری این رویکرد همخوانی دارد. بر اساس مدل ABC الیس، رویدادهای بیماری‌زا به‌تنهایی موجب آشفتگی هیجانی نمی‌شوند، بلکه باورها، بایدها و تفسیرهای فرد درباره رویدادهاست که نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد پاسخ‌های هیجانی دارند.[۴۱] دراین بیماران، علائمی مانند تغییرات حسی، ضعف جسمانی یا نگرانی درباره عود بیماری ممکن است با باورهای فاجعه‌ساز همراه شود؛ به‌گونه‌ای که هر علامت جدید به‌عنوان نشانه‌ای از پیشرفت بیماری تفسیر شود. رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی با استفاده از فنونی مانند شناسایی باورها و بایدهای نامعقول، گفتگوی سقراطی، مناظره شناختی و بازسازی شناختی، می‌تواند به کاهش ارزیابی‌های تهدیدآمیز و افزایش تفسیرهای واقع‌بینانه‌تر از تجربه بیماری کمک کند. شواهد حاصل از مرورهای نظام‌مند درباره رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی در بیماری‌های مزمن نیز نشان داده‌اند که این رویکرد می‌تواند در بهبود برخی پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های جسمانی مؤثر باشد.[۴۲]

اثربخشی واقعیت‌درمانی در پژوهش حاضر نیز می‌تواند از طریق تأکید این رویکرد بر شناخت و افزایش احساس کنترل درونی، مسئولیت‌پذیری و تمرکز بر حوزه‌های قابل تغییر زندگی در زمان حال و اکنون تبیین شود. بیماران مبتلا به اماس نوع عودکننده- بهبودیابنده به دلیل ماهیت غیرقابل پیش‌بینی بیماری، احتمال عود و نگرانی درباره آینده، ممکن است احساس کاهش کنترل و درماندگی را تجربه کنند. واقعیت‌درمانی با استفاده از فرایند WDEP (خواسته‌ها، رفتار کنونی، خودارزیابی و برنامه‌ریزی) افراد را تشویق می‌کند تا به جای تمرکز مداوم بر عوامل غیرقابل کنترل بیرونی (کنترل دیگران)، بر انتخاب‌های موجود و رفتارهای هدفمند تمرکز کنند.[۴۳] اگرچه شواهد اختصاصی درباره واقعیت درمانی در بیماران اماس محدود است، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر واقعیت‌درمانی می‌توانند با تمرکز بر مسئولیت‌پذیری معقول و سالم، ارزیابی انتخاب‌های رفتاری در دنیای کیفی، ارضا موفقیت‌آمیز و سالم ۵ نیاز (بقا، عشق تعلق‌خاطر، آزادی، قدرت، تفریح و لذت) و افزایش کنترل درونی ادراک‌شده و تقویت سازگاری روان‌شناختی، پیامدهای مثبت روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ایجاد کنند. همچنین گزارش شده است که واقعیت‌درمانی می‌تواند به بهبود سرمایه روان‌شناختی و احساس انسجام روانی در این بیماران کمک کند.[۴۴]

عدم تفاوت معنادار بین دو مداخله نیز یافته‌ای مهم در مطالعه حاضر محسوب می‌شود. این نتیجه نشان می‌دهد که رویکردهای درمانی مختلف، علی‌رغم تفاوت در مبانی نظری و تکنیک‌های مورد استفاده، ممکن است از طریق مسیرهای درمانی مشترک مانند کاهش تهدید ادراک‌شده، شناخت، تقویت راهبردهای مقابله‌ای و ارتقای سازگاری روان‌شناختی به پیامدهای بالینی مشابهی منجر شوند. این تفسیر با مطالعات اخیر در حوزه اماس همخوان است که نشان داده‌اند عوامل روان‌شناختی مانند خودکارآمدی، سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و ادراک کنترل نقش مهمی در تعدیل پریشانی هیجانی و کیفیت زندگی این بیماران دارند.[۴۵،۴۶]

یکی از یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر، روند افزایشی نمرات اضطراب بیماری در گروه کنترل طی دوره

PROOF

مطالعه بود؛ به‌طوری‌که نمرات این گروه از (۴۵/۲۵) در پیش‌آزمون به (۴۸/۷۵) در پیگیری افزایش یافت، در حالی‌که هر دو گروه مداخله روند کاهشی پایدار نشان دادند. اگرچه این افزایش از نظر آماری معنادار نبود، اما از منظر بالینی قابل توجه است؛ زیرا نشان می‌دهد اضطراب بیماری در بیماران مبتلا به اماس نوع عود کننده- بهبود یابنده در نبود حمایت روان‌شناختی ممکن است بدون مداخله کاهش نیابد و حتی در طول زمان تمایل به افزایش داشته باشد. مطالعات اخیر نیز بر پایداری بار روان‌شناختی این بیماری و اهمیت مداخلات هدفمند برای مدیریت علائم پنهان و پریشانی روان‌شناختی تأکید کرده‌اند.[۴۷] مطالعات اخیر نیز بر اهمیت مداخلاتی تأکید کرده‌اند که علاوه بر کاهش علائم روان‌شناختی، ظرفیت خودمدیریتی، شناخت و مدیریت هیجانات و سازگاری بلندمدت بیماران مبتلا به اماس را تقویت می‌کنند.[۴۸]

این مطالعه با دو محدودیت مواجه بود. نخست حجم نمونه نسبتا محدود بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. دوم به دلیل ماهیت مداخلات روانشناختی امکان کورسازی کامل شرکت‌کنندگان و مجری مداخله وجود نداشت. با وجود این محدودیت‌ها، سعی شد با طراحی مطلوب‌تر و استفاده از گروه کنترل، اعتبار درونی نتایج مطالعه افزایش یابد. به‌طور کلی، با تکیه بر یافته‌ها پیشنهاد می‌شود از نتایج این تحقیق برای بالا بردن اثربخشی مداخلات مورد مطالعه در گروه بیماران اماس استفاده شود. همچنین از منظر بالینی، نتایج حاضر اهمیت ادغام مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد را در برنامه‌های جامع مراقبت از بیماران اماس نشان می‌دهد. این مداخلات می‌توانند به عنوان مؤلفه‌ای مکمل در کنار درمان‌های نورولوژیک برای کاهش بار روان‌شناختی بیماری، بهبود سازگاری و ارتقای کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این پژوهش بر ضرورت و ارزش به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت‌درمانی در مراقبت از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده- بهبودیابنده تأکید می‌کند. یافته‌ها نشان داد که هر دو رویکرد، با وجود تفاوت در مبانی نظری و فنون درمانی، در کاهش اضطراب بیماری اثربخشی مشابهی دارند و می‌توانند از مسیرهایی متفاوت اما مکمل، به بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران کمک کنند.

کاهش اضطراب بیماری تنها به معنای کاهش یک نشانه روان‌شناختی نیست، بلکه می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی، اصلاح ادراک و تفسیر بیماران از علائم بیماری، افزایش پایبندی به درمان، کاهش نگرانی‌های مرتبط با سلامت و استفاده منطقی‌تر از خدمات درمانی نیز نقش داشته باشد. از این‌رو، ادغام این مداخلات در کنار درمان‌های استاندارد نورولوژیک می‌تواند گامی مؤثر، در ارائه مراقبت‌های جامع، چندرشته‌ای و بیمارمحور برای افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس باشد.

از منظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در کلینیک‌های تخصصی اماس، مراکز توان‌بخشی، انجمن‌های حمایت از بیماران، مراکز مشاوره و روان‌شناسی سلامت و همچنین تیم‌های چندرشته‌ای نورولوژی مورد استفاده قرار گیرد. افزون بر این، اجرای گروهی این مداخلات، علاوه بر مقرون‌به‌صرفه بودن، امکان دسترسی تعداد بیشتری از بیماران به خدمات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد را فراهم می‌کند و می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های استاندارد مراقبت از بیماران مورد توجه قرار گیرد.

در نهایت، یافته‌های این پژوهش از رویکردی حمایت می‌کند که در آن مراقبت از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صرفاً به کنترل فعالیت بیماری و درمان‌های دارویی محدود نباشد، بلکه سلامت روان، کاهش اضطراب بیماری و تقویت سازگاری روان‌شناختی نیز به‌عنوان مؤلفه‌هایی جدایی‌ناپذیر از مراقبت استاندارد و جامع این بیماران در نظر گرفته شوند. چنین رویکردی می‌تواند زمینه‌ساز ارتقای کیفیت مراقبت، بهبود پیامدهای درمانی و افزایش کیفیت زندگی بیماران در بلندمدت باشد.

قدردانی‌ها

با تشکر از کلیه بیماران عزیز که با وجود تمامی مشکلات اعم از بدی آب و هوا، شیوع بیماری کرونا و شلوغی خیابان‌ها به‌علت شرایط نامساعد اجتماعی جهت کمک به همنوع خود در این پژوهش شرکت داشتند. همچنین از کارمندان، حراست، ریاست و معاونت محترم انجمن اماس ایران (تهران) شعب خیابان‌های ونک و وصال شیرازی، ریاست پژوهش و تمامی افرادی که در این مطالعه

با در اختیار گذاشتن بخش آموزشی و ایجاد فضای مناسب و صمیمانه برای مصاحبه اولیه و پخش فرم‌های دموگرافیک بیماران به خدمت‌رسانی برای جامعه بیماران ام‌اس یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

مشارکت پدیدآوران

بهناز ذاکر در نگارش مقاله، اجرای مداخلات درمانی رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی و واقعیت درمانی در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، نمره‌گذاری، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها؛ محمدرضا صیرفی در ویراستاری مقاله، جواد خلعتبری در ویرایش تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و جاویدپیمانی در ویراستاری مقاله در زمینه نوروساینس مشارکت داشتند. نسخه نهایی مقاله مورد تایید نویسندگان می‌باشد.

منابع مالی

این پژوهش هیچ‌گونه منابع و حمایت مالی برای نویسندگان نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پیشنهاده پژوهش، ابزارهای پژوهش و فرم رضایت آگاهانه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی مورد بررسی قرارگرفت و پس از تایید موازین اخلاقی کد اخلاق (IR.IAU.SRB.REC.1401.248) برای این مطالعه در سامانه کمیته ملی اخلاق به ثبت رسید. پژوهشگر در تمام مراحل تحقیق به اصول اخلاق در پژوهش پایبند بود و ارزش‌های انسانی مشارکت‌کنندگان را حفظ کرد.

استفاده از هوش مصنوعی

در هیچ یک از مراحل این پژوهش از هوش مصنوعی استفاده نشده است. تمام مراحل اعم از مداخلات درمانی، تحلیل یافته‌ها، نگارش مقاله و جمع‌بندی توسط نویسندگان مقاله انجام شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ گونه تعارض منافعی از تالیف یا انتشار این مقاله ندارند.

References

1. Thompson AJ, Baranzini SE, Geurts J, Hemmer B, Ciccarelli O. Multiple sclerosis. *Lancet*. 2018; 391(10130):1622-1636. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30481-1
2. Reich DS, Lucchinetti CF, Calabresi PA. Multiple sclerosis. *N Engl J Med*. 2018;378(2):169-180. doi: 10.1056/NEJMra1401483
3. Dobson R, Giovannoni G. Multiple sclerosis: a review. *Eur J Neurol*. 2019;26(1):27-40. doi: 10.1111/ene.13819
4. Feinstein A, Magalhaes S, Richard JF, Audet B, Moore C. The link between multiple sclerosis and depression. *Nat Rev Neurol*. 2014;10(9):507-517. doi: 10.1038/nrneurol.2014.139
5. Boeschoten RE, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, van Oppen P, Dekker J, et al. Prevalence of depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Sci*. 2017;372:331-341. doi: 10.1016/j.jns.2016.11.067
6. Zhang X, Song Y, Wei Z, Chen X, Zhuang X, Yi L. The prevalence and risk factors of anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Front Neurosci*. 2023;17:1-16. doi: 10.3389/fnins.2023.1120541
7. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation: a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016;39(6):935-946. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2
8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
9. Luca M, Eccles F, Perez Algorta G, Patti F. Illness perceptions and outcome in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Mult Scler Relat Disord*. 2022;67:1-9. doi: 10.1016/j.msard.2022.104180
10. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*. 2003;18(2):141-184. doi: 10.1080/088704403100081321
11. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(2):141-153. doi: 10.1016/j.cpr.2008.12.001
12. Kiropoulos LA, Ward N, Rozenblat V. Self-concept, illness acceptance and depressive and anxiety symptoms in people with multiple sclerosis. *J Health*

Proof

Psychol. 2021;26(8):1197-1206. doi: 10.1177/1359105319871639
13. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;2006(1):1-54. doi: 10.1002/14651858.CD004431.pub2
14. Scandiffio J, Langer LK, Senthilnathan V, Feng G, Sureshkumar A, Bromberg M, et al. Effects of psychological therapies in people with multiple sclerosis: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Neurol*. 2025;272(9):1-14. doi: 10.1007/s00415-025-13315-6
15. Senders A, Wahbeh H, Spain R, Shinto L. Mind-body medicine for multiple sclerosis: a systematic review. *Autoimmune Dis*. 2012;2012:1-12. doi: 10.1155/2012/567324
16. Mohr DC, Lovera J, Brown T, Cohen B, Neylan T, Henry R, et al. A randomized trial of stress management for the prevention of new brain lesions in MS. *Neurology*. 2012;79(5):412-419. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182616ff9
17. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962.
18. David D, Lynn SJ, Ellis A. Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory, and Clinical Practice. New York: Oxford University Press; 2010.
19. DiGiuseppe RA, Doyle KA, Dryden W, Backx W. A Practitioner's Guide to Rational-Emotive Behavior Therapy. New York: Oxford University Press; 2014.
20. David D, Szentagotai A, Lupu V, Cosman D. Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *J Clin Psychol*. 2008;64(6):728-746. doi: 10.1002/jclp.20487
21. Glasser W. Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry. New York: Harper & Row; 1965.
22. Glasser W. Choice Theory: A New Psychology of Personal Freedom. New York: HarperCollins; 1998.
23. Wubbolding RE. Reality Therapy for the 21st Century. New York: Taylor & Francis, 2013.
24. Dryden W. Initiating the Process of REBT. In: Rational Emotive Behavior Therapy: Foundations and Beyond. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025.
25. Zeng W, Xu J, Yu J, Chu X.. Effectiveness of virtual reality therapy in the treatment of anxiety disorders in adolescents and adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 2025;16:1-15. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1553290
26. Lucien A, Francis H, Wu W, Woldhuis T, Gandy M. The efficacy of cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2024;91:1-9. doi: 10.1016/j.msard.2024.105858
27. Simpson R, Simpson S, Ramparsad N, Lawrence M, Booth J, Mercer SW. Mindfulness-based interventions for mental well-being among people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019;90(9):1051-1058. doi: 10.1136/jnnp-2018-320165
28. Komar A, Dickson K, Alavinia M, Bruno T, Bayley M, Feinstein A, et al. Effects of mindfulness-based interventions on cognition in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 2024;15:1-14. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1339851
29. Maguire R, McKeague B, Kóka N, Coffey L, Maguire P, Desmond D. The role of expectations and future-oriented cognitions in quality of life of people with multiple sclerosis: a systematic review. *Mult Scler Relat Disord*. 2021;56:1-9. doi: 10.1016/j.msard.2021.103293
30. van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Twisk JW, Bleijenberg G, Dekker J, Knoop H, de Groot V; TREFAMS-ACE Study Group. Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial. *Mult Scler*. 2017; 23(11): 1542-1553. doi: 10.1177/1352458517709361
31. Montañés-Masias B, Bort-Roig J, Pascual JC, Soler J, Briones-Buixassa L. Online psychological interventions to improve symptoms in multiple sclerosis: a systematic review. *Acta Neurol Scand*. 2022;146(5):448-464. doi: 10.1111/ane.13709
32. Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L. A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behav Res Ther*. 2012;50(6):415-421. doi: 10.1016/j.brat.2012.03.001.
33. Gandy M, Wu W, Balakumar T, Francis H, Oxenham V, Bisby MA, et al. A randomised controlled trial of internet-delivered cognitive behavioural therapy targeting symptoms of depression, anxiety and disability in adults with multiple sclerosis. *J Affect Disord*. 2026;403:1-9. doi: 10.1016/j.jad.2026.121403
34. Zarotti N, Eccles F, Broyd A, Longinotti C, Mobley A, Simpson J. Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2023;45(10):1720-1735. doi: 10.1080/09638288.2022.2069292

PROOF

35. Sarmad Z, Bazargan A, Hijazi A. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Aghaz; 2012.
36. DiGiuseppe R, Dryden W, Ninan M. Steps (Protocol) of Rational Emotive Behavior Therapy. Translated by Mehrdad Firouzbakht. Tehran: Psychology of Art; 2012. (Persian)
37. Fahy A, Maguire R. Potentially modifiable associates of anxiety in people with multiple sclerosis: A systematic review. *Disabil Rehabil*. 2022;44(26):8201-8212. doi: 10.1080/09638288.2021.2022776
38. Sesel AL, Sharpe L, Naismith SL. Efficacy of psychosocial interventions for people with multiple sclerosis: a meta-analysis of specific treatment effects. *Psychother Psychosom*. 2018;87(2):105-111. doi: 10.1159/000486806
39. Vicente- Escudero JL. Meta-analysis of the efficacy of web-based psychological treatments on anxiety, depression, fatigue, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *J Technol Behav Sci*. 2026;11:53-70. doi: 10.1007/s41347-025-00488-0
40. Feng G, Posa S, Sureshkumar A, Simpson S, Bruno T, Morrow SA, et al. Experiences of people with multiple sclerosis and clinicians in using cognitive behavioural therapies for hidden symptoms: a systematic review and meta-aggregation. *J Neurol*. 2024;271(3):1084-1107. doi: 10.1007/s00415-023-12116-z
41. Yiğit A, Gülaçtı F. The role of irrational beliefs in emotional and behavioral disorders: a cognitive-behavioral perspective. *Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2025;3(2):133-143. doi: 10.64331/kiusosyal.1763767
42. King AM, Plateau CR, Turner MJ, Young P, Barker JB. A systematic review of the nature and efficacy of Rational Emotive Behaviour Therapy interventions. *PLoS One*. 2024; 19(7): 1-26. doi: 10.1371/journal.pone.0306835
43. Irvine J. Useful theories to know about: Glasser's Choice Theory. *Gazette-Ontario Association for Mathematics*. 2025;64(2):27-29.
44. Otadi S, Bagheri F, Hashemi Razini H, Varaee P. The effectiveness of reality therapy on psychological capital and sense of psychological cohesion in patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2024;7(1):78-92. doi: 10.30473/ijohp.2024.66192.1281
45. Gil-González I, Martín-Rodríguez A, Conrad R, Pérez-San-Gregorio MÁ. Coping with multiple sclerosis: reconciling significant aspects of health-related quality of life. *Psychol Health Med*. 2023;28(5):1167-1180. doi: 10.1080/13548506.2022.2077395
46. Bassi M, Cilia S, Falautano M, Grobberio M, Niccolai C, Pattini M, et al. Illness perceptions and psychological adjustment among persons with multiple sclerosis: the mediating role of coping strategies and social support. *Disabil Rehabil*. 2020;42(26):3780-3792. doi: 10.1080/09638288.2019.1610511
47. Culicetto L, Lo Buono V, Donato S, La Tona A, Cusumano AMS, Corello GM, et al. Importance of coping strategies on quality of life in people with multiple sclerosis: a systematic review. *J Clin Med*. 2024;13(18):1-16. doi: 10.3390/jcm13185505
48. Alashram AR. Transcranial direct current stimulation for cognitive rehabilitation in people with multiple sclerosis: a systematic review of randomized controlled trials. *Appl Neuropsychol Adult*. 2025:1-12. doi: 10.1080/23279095.2025.2465851

Proof