

اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۵؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۲

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که عوارض جسمی و روانی بیماری و استرس‌های ناشی از آن تمام جنبه‌های زندگی فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری ام‌اس که در بهار ۹۷-۱۳۹۶ به انجمن ام‌اس ایران مراجعه کرده بودند که تعداد ۲۴ نفر از افراد مبتلا به ام‌اس به عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف براساس مصاحبه نیمه ساختار یافته انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله ۱۰ جلسه هفتگی اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر را دریافت کردند. ابزارهای مورداستفاده پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان (۲۰۰۴)، مقیاس تأثیر خستگی و پرسشنامه استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها: گروه آزمایش و کنترل براساس ویژگی‌های جمعیت شناختی سن (سال) ($P < 0.65$)، مدت زمان تشخیص مبتلا به بیماری (سال) ($P < 0.87$)، وضعیت تاهل ($P < 0.56$)، سطح تحصیلات ($P < 0.57$)، وضعیت شغلی ($P < 0.45$) همگن‌سازی شده بودند. شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش نمره‌های خستگی جسمانی ($F_{(1,21)} = 12/45$ و $P < 0.01$)، خستگی شناختی ($F_{(1,21)} = 14/35$ و $P < 0.01$)، خستگی اجتماعی ($F_{(1,21)} = 8/16$ و $P < 0.01$)، نشانگان افت روحیه ($P < 0.01$) و استرس ادراک‌شده ($F_{(1,21)} = 41/28$ و $P < 0.01$) و موثر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بهره‌گیری از رویکرد شناخت درمانی هستی‌نگر توانسته است به بهبود وضعیت خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مولتیپل اسکلروزیس کمک نماید و سلامت عمومی آنها را ارتقا بخشد. بنابراین می‌توان آن را به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای بهبود نشانگان خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به ام‌اس به کار برد.

کلمات کلیدی: شناخت درمانی هستی‌نگر، خستگی، نشانگان افت روحیه، استرس ادراک‌شده، مولتیپل اسکلروزیس

شیوا فرمانی شهرضا^۱، سمیرا خانی^۲،
علی قانندنیای جهرمی^۳، سعید ایمانی^۴

^۱کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، عضو گروه پژوهشی علوم شناختی، جهاد دانشگاهی استان البرز، کرج، ایران
^۲کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی البرز، کرج، ایران
^۳دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۴استادیار، عضو گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

نویسنده مسئول:

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی،
دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۰۹۱۲۰۷۵۴۴۹۳

E-mail: a_ghaednia@sbu.ac.ir

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس نوعی بیماری پیش‌رونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری به‌طور معمول در سنین ۲۰ تا ۴۵ سال تشخیص داده می‌شود.^۱ بروز بیماری MS در سراسر جهان در حال افزایش است و در حال حاضر میزان بروز سالانه ۳/۶ مورد در هر ۱۰۰ هزار زن و ۲ مورد در هر ۱۰۰ هزار مرد تخمین زده می‌شود. بالاتر بودن نسبت ابتلای زنان به مردها (همچون بسیاری دیگر از بیماری‌های خود ایمنی)، در حال افزایش است.^۲

تا سال ۲۰۱۰ تعداد نورات مبتلا به MS در جهان برابر با ۲ تا ۲/۵ میلیون نفر (حدود ۳۰ نفر از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد) که البته این میزان بسته به هر منطقه متفاوت می‌باشد. در ایران آمار مبتلایان به بیماری در سه دهه اخیر رو به افزایش بوده است. طبق گزارش انجمن ام‌اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است.^۲ مطالعات نشان می‌دهند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران مبتلا به MS از افسردگی و حدود ۳۷ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب و استرس رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است.^۳ Beiske, Svenson, & Sandanger Czujko (۲۰۰۸) دریافتند که بیمارانی که در مراحل اولیه ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس قرار داشتند نشانه‌های بالاتر اضطراب، استرس و افسردگی را بروز می‌دهند و میزان فزاینده‌ای از خستگی را تجربه می‌کنند.^۴ همچنین میزان بالای استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران MS می‌تواند سلامت آن‌ها را به مخاطره بیندازد بنابراین مداخلات مناسب جهت مقابله و یا سازگاری با این علائم ضروری به نظر می‌رسد.^۵

با بروز فزاینده عوارض بیماری نظیر خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره و نیز آگاهی و پذیرش تدریجی این واقعیت که هنوز درمان کامل و قطعی برای این بیماری وجود ندارد، ممکن است بیمار را به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به سمت پذیرش احساس درماندگی و خود ناکارآمدی سوق دهد که به همراه احساس انزوا و ناامیدی می‌تواند فرضیات، باورها و ارزش‌های بنیادین فرد را که تا قبل از

بیماری زیربنای معنا و اهداف زندگی او را تشکیل می‌داد، به چالش کشیده و زیر سؤال برد.^۶ اینجاست که پرسش‌های وجودی نظیر اینکه "چرا من"، "چرا اکنون"، "چرا زندگی" و یا سؤال‌ها (شکایت‌ها)ی مبنایی‌تری نظیر بود و نبود خدا و یا عدالت خدا و سرنوشت در ذهن فرد شکل گرفته یا تشدید شوند و در اثر آن شکافی بین اطلاعات نهفته در منبع فشارزا که در این موارد شرایط بیماری است از یک طرف، و انتظارات و باورهای مثبت قبلی افراد در مورد جهان که تا قبل از بیماری باعث پیش‌بینی‌پذیری امور برای او شده و بنابراین برایش آرامش‌زا بود از طرف دیگر، به وجود می‌آید. ^۷ و ^۸ اگرچه این ناهماهنگی شناختی اضطراب‌زا خواهد بود، اما لزوماً آسیب‌زا محسوب نمی‌شود. در واقع وجودگرایان معتقدند رویارویی انسان با احتمال مرگ که زمینه آگاه شدن او از چهار ویژگی غیرقابل اجتناب حضور انسان در جهان هستی یعنی ترس از آزادی و مسئولیت، ناپایداری معنا، تنهایی ذاتی بشر و بالأخره فناپذیری و ناماندگاری است را برای او فراهم می‌کند، فعال‌کننده تجربه منحصر به فرد اضطراب هستی در انسان محسوب می‌شود.^۹ در این دیدگاه اضطراب وجودی پاسخی صادقانه به آگاهی از احتمال نیستی محسوب شده و پیامد طبیعی هوشیاری است.^{۱۰} بر اساس دیدگاه وجودگرایان، آگاه شدن نسبت به اجتناب‌ناپذیری‌های وجود یا همان مسلمات هستی و اضطراب‌های وجودی ناشی از آن، هنگامی آسیب‌زا شده و رنج و آزرده‌گی وجودی را برایش به ارمغان خواهد آورد که او نتواند به این گروه از اضطراب‌ها پاسخی اصیل و معنادار بدهد.^{۱۱} و ^{۱۲} بنابراین می‌توان گفت رنج و آزرده‌گی وجودی در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، یکی از وضعیت‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرسای روانی است^{۱۳} که بر اساس نتایج پژوهش‌های قبلی، وقوع آن در بین جمعیت بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته^{۱۴} بیماران مبتلا به سرطان در حال درمان‌های سرپایی^{۱۵} و افراد مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن و سخت‌درمان^{۱۶} در طی تمام مراحل بیماری از احتمال بالایی برخوردار است.

کیسان^{۱۷} از اصطلاح آزرده‌گی وجودی برای توصیف تجربه پریشانی روانی افرادی که با مرگ قریب‌الوقوع مواجه می‌شوند، استفاده می‌کند و بیان می‌کند که چنین وضعیتی از آزرده‌گی اغلب با احساس‌های پشیمانی، ناتوانی و ضعف، پوچی و بیهودگی و

نمی‌تواند به‌درستی راه برود انرژی زیادی را صرف تلاش برای حرکت می‌کند. عامل دیگری که موجب افزایش شدت خستگی می‌شود، افسردگی است؛ چیزی که تقریباً در ۴۰ درصد از افراد مبتلا به ام‌اس رخ می‌دهد. علاوه بر این، ممکن است برخی داروهای مصرفی در ۲۰ درصد از افراد مبتلا به خستگی نیز عوارض خستگی‌آوری در طول روز داشته باشند. از این رو، وقتی عوامل متعدد دیگری در وجود خستگی ناشی از ام‌اس نقش داشته باشند، اثر منفی این عارضه وخیم‌تر می‌شود. آسیب‌شناسی و دلایل اولیه خستگی هنوز مشخص نیست و هیچ درمان قطعی مطمئنی برای آن وجود ندارد.^{۱۹} علوی مجد و درخشان در پژوهش خود نشان دادند که اکثریت بیماران ام‌اس، خستگی را یکی از مهم‌ترین عوامل ناتوان‌کننده در این بیماری می‌دانند.^{۱۹}

استرس ادراک‌شده عامل دیگری است که فرد مبتلا به ام‌اس با آن درگیر می‌باشد. استرس ادراک‌شده حالت یا فرایندی روان‌شناختی است که طی آن فرد به‌زیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز ادراک می‌کند، در واقع ایجاد استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از موقعیت‌ها و حوادث دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فرد دیگری به‌صورت یک تهدید درک شود.^{۲۰}

لازاروس می‌گوید: واکنش شخص به استرس به این بستگی دارد که وی چگونه اهمیت یک رویداد آسیب‌زا، تهدیدکننده یا چالش‌انگیز را (آگاهانه یا ناآگاهانه) تفسیر یا ارزیابی نماید. برداشت فرد از عامل استرس‌زا مهم است. افراد مختلف رویداد واحدی را به صورت‌های متفاوت تعبیر می‌کنند. افرادی که شرایط استرس متغیر را خوب تحمل نمی‌کنند، امکان دارد نسبت به جزئی‌ترین ناکامی یا فشار خیلی آسیب‌پذیر باشند. هنگامی که عوامل استرس‌زا ادامه می‌یابند یا تشدید می‌شوند، امکان دارد که فرد نتواند سازگار شود و شاید توانایی او در پرداختن به رویدادهای آینده ضعیف شود و سرانجام تحت استرس از پا درآید. این کاهش یافتن عملکرد انطباقی، فروپاشی شخصیت یا روان‌شناختی نامیده می‌شود.^{۲۱} مطالعات نشان می‌دهند که بین استرس ادراک‌شده منفی در بیماران ام‌اس با سلامت روان آن‌ها رابطه معنادار منفی وجود دارد.^{۲۲} و همچنین استرس در بیماران مبتلا به ام‌اس بالا بوده و می‌تواند سلامت آن‌ها را به مخاطره بیاندازد و مداخلات مناسب

احساس بی‌معنایی زندگی، همراه است. وی مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنا، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به‌عنوان چالش‌های کلیدی وجودی افرادی می‌داند که با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مواجه هستند. همچنین بیان می‌کند که بیماران ممکن است همچنان که عواطف مرتبط با این مضامین وجودی را تجربه می‌کنند، دچار نشانگان افت روحیه شوند.^{۱۸} نشانگان افت روحیه یکی از مظاهر آزدگی وجودی است و درعین حال بیانگر فقدان انسجام و کلیات در فرد است.^{۱۸}

به نظر می‌رسد در مواردی که فرد به‌طور مداوم با مشکلات جسمی نافذ روبه‌رو می‌شود، می‌تواند نقطه آغازین فرآیند نشانگان افت روحیه باشد.^{۱۲} لذا این‌گونه می‌توان در نظر گرفت که هسته مرکزی نشانگان افت روحیه، شناخت‌هایی از درماندگی و احساس شکست فردی ناشی از حس گیر افتادن در یک موقعیت بوده و با وضعیت هیجانی ناامیدی و «فقدان معنا و هدف» همراه است. علاوه بر این، فقدان آینده ارزشمند ناشی از فقدان احساس ارزش و خود کارآمدی برای به دست آوردن آن، فرد دچار نشانگان افت روحیه را از انگیزه مقابله جدید و متفاوت، محروم می‌کند؛^{۱۲} بنابراین رنج، آزدگی وجودی و اضطراب شخصی عمیق در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی یکی از وضعیت‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرساست.^{۱۳} یکی دیگر از عواملی که این بیماران با آن درگیر هستند خستگی می‌باشد. خستگی هنوز یکی از شایع‌ترین و متأسفانه صعب‌العلاج‌ترین علائمی است که افراد مبتلا به ام‌اس روزانه با آن مواجه هستند. اما پیشرفت‌هایی نیز صورت گرفته است. در سرتاسر جهان، تحقیقاتی در رابطه با خستگی و اثرات آن و شیوه سنجش، درمان و کنترل آن در حال افزایش می‌باشند. به‌عنوان مثال، در حال حاضر مطالعاتی موجود است که نشان می‌دهد خستگی رشته‌ی عصبی که همان خستگی اولیه در ام‌اس نام دارد، در بیش از ۹۰ درصد از افراد مبتلا به ام‌اس مشاهده می‌شود. علاوه بر این، تقریباً در ۷۰ درصد از افراد مبتلا به ام‌اس که دچار علائم خستگی هستند، عواملی دیگری وجود دارد که خستگی روزانه‌ی آن‌ها را افزایش می‌دهد. ثابت شده است که بیش از ۵۰ درصد از افراد مبتلا به ام‌اس که دچار خستگی روزانه هستند، از بی‌خوابی شبانه رنج می‌برند و در نتیجه قادر به تأمین انرژی موردنیاز در روز نمی‌باشند. حدود ۵۰ درصد از بیماران ام‌اس در راه رفتن مشکل دارند و فردی که

کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ نهفته در بیماران تشدید می‌شوند و در اغلب روش‌های مداخله‌ای به صورت نظام‌یافته به آن‌ها توجه نمی‌شود، نیز پرداخته شود.^{۳۳} لذا می‌توان گفت درمان عبارت است از تسهیل، جستجوی معنا و هدف در زندگی، ارتقای روابط و کمک به بیمار برای توسعه افکار و نگرش‌های انطباقی (کیسان و کلارک، ۲۰۰۲) و احساس معنا و آرامش ذهنی که می‌تواند به عنوان نقطه پایانی عمومی درمان تعبیر شود.^{۳۵} در واقع چگونگی ادراک فرد و تعبیر و تفسیری که او از رویدادهای زندگی می‌کند در دیدگاه‌های وجودی نیز همانند رویکرد شناخت درمانی مورد تأکید خاص قرار دارد و روشی که در هر دو شیوه برای نزدیک شدن به دنیای بی‌همتا و منحصر به فرد ذهنی مراجع بکار می‌برند عمیقاً متأثر از مفاهیم پدیدار شناختی است.^{۲۹} پژوهش‌های مختلفی تأثیر این روش درمانی را بر کاهش بعضی از علائم روان‌شناختی همراه شده با بیماری‌های خاص موردسنجش قرار داده‌اند.

بهمنی، اسکندری، حسنی، دکانه‌ای فرد و شفیع آبادی^{۲۵} در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که گروه درمانی شناختی وجودگرا باعث کاهش افسردگی و افزایش امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان شده است. فرمائی شهرضا، بهمنی، قائدنیای جهرمی، امین اسماعیلی و خانجانی^{۲۸} نشان دادند که شناخت درمانی هستی‌نگر باعث کاهش نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان گردید؛^{۳۰} نشان دادند که شناخت درمانی هستی‌نگر بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس، و ناامیدی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است^{۳۱} و روان‌درمانی شناختی وجودی بر کاهش نشانگان افت روحیه در زنان مبتلا به بیماری MS اثربخش است.^{۳۱} در یک نگاه کلی میتوان اذعان داشت بیماری MS مرتبط با مشکلات اساسی در مفاهیم بنیادین هستی‌گرایانه از جمله نشانگان افت روحیه است. بروز این نشانگان می‌تواند منجر به تشدید مشکلات، ظهور اختلال‌های روانی و ناسازگاری شود. بنابراین تدوین مداخله‌ای که بتواند به طور همزمان مواجهه با بحران‌های وجودی و معنایی را در این دسته از بیماران مدنظر قرار دهد و از طرفی دیگر از طریق شناخت درمانی بر خستگی و استرس ادراک شده آنان فائق آید، ضروری است. مزیت عمده شناخت درمانی هستی‌نگر، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های وجودی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر

روان‌شناختی جهت مقابله با این علائم ضروری به نظر می‌رسد.^۵ یکی از این مداخلات درمانی که می‌تواند تأثیرگذار بر کاهش حالت روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس باشد، شناخت درمانی هستی‌نگر می‌باشد. شناخت درمانی هستی‌نگر به عنوان یک روش یکپارچه شده کمک زیادی به کاهش آلام روان‌شناختی در بسیاری از بیماران مزمن کرده است.^{۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹} نخستین بار گروه درمانی شناختی وجودگرا (هستی‌نگر) توسط کیسان^{۲۴} برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی مبتنی بر نظریه شناختی Beck و وجودگرای Yalom در قالب فنون مشاوره گروهی ارائه و اثر بخشی آن بر کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان گزارش شد. در ایران بهمنی و همکاران^{۳۳} در پژوهش خود مزیت نسبی گروه‌درمانی شناختی وجودگرا را بر روش "شناخت درمانی آموزش محور گروهی" در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند.

طبق تعریف ارائه‌شده توسط Beck شناخت درمانی، درمانی ساختاریافته، هدف مدار و متمرکز بر زمان حال است که از راهبردهای شناختی و رفتاری برای دستیابی به کاهش نشانگان استفاده می‌کند. شناخت درمانی باهدف قرار دادن باورهای منفی فرد، ارزیابی‌های شناختی ناکارآمد و غیر انطباقی را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار داده و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی و حس قوی‌تری از کنترل برای شرایط را ایجاد نماید.^{۳۳} از طرفی دیگر هدف درمان وجودی در ارتباط با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی این است که با ایجاد فضای حمایتی به فرد کمک کند، با نگرانی‌های وجودی نظیر اضطراب مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ نهفته در بیماری سرطان تشدید می‌شوند، مواجهه شود و ترغیب شود تا درباره زندگی‌اش فکر کند، گزینه‌های پیش رو را بررسی کند و از بین آن‌ها مؤثرترین را انتخاب کند.^{۳۳} به‌طورکلی در رویکرد شناخت درمانی هستی‌نگر سعی بر این است که با استفاده از فنون شناخت درمانی بتوان برخی از طرح‌واره‌ها، افکار خود آیند و خطاهای شناختی را که در شکل‌گیری آزدگی روانی بیماران نقش مهمی دارند اصلاح کرد. درعین حال به آن دسته از نگرانی‌های وجودی نظیر اضطراب از مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه خصوصیات جمعیت شناختی و ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها: این پرسشنامه یک ابزار محقق ساخته بود که از طریق آن اطلاعات توصیفی، خصوصیات جمعیت‌شناختی و ملاک‌های ورودی آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت.

پرسشنامه نشانگان افت روحیه: در این پژوهش برای سنجش نشانگان افت روحیه از پرسشنامه مقیاس نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران استفاده شد. این ابزار دارای ۲۴ سؤال چهارگزینه‌ای از نوع درجه‌بندی پاسخ لیکرت (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) و ۵ خرده مقیاس فقدان معنا (۵ سؤال)، ملالت (۵ سؤال)، دل‌سردی (۶ سؤال)، درماندگی (۴ سؤال)، احساس شکست (۴ سؤال) است و ضریب پایایی آن ۰/۹۴ بود.^{۳۲} نمره بالاتر از نقطه برش ۳۰ به معنی رنج بردن از نشانگان افت روحیه است. کیسان و همکاران^{۳۲} ضریب پایایی آن را ۰/۹۴ و بهمنی و همکاران^{۳۳} در جمعیت عادی معادل ۰/۸۷ و در افراد مبتلا به عفونت ویروس نقص سیستم ایمنی انسان ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. ضریب روایی آن نیز بر اساس آزمون آلفای کرونباخ توسط بهمنی و همکاران^{۳۳} به دست آمد. ۲۴

مقیاس تاثیر خستگی: مقیاس تاثیر خستگی به عنوان مناسب‌ترین ابزار برای اندازه‌گیری تاثیر خستگی بر کیفیت زندگی از طرف انجمن ام‌اس آمریکا معرفی شده است.^{۳۳} این مقیاس شامل ۵۸ سوال می‌باشد که محدودیت‌های عملکرد افراد را در نتیجه خستگی در سه بعد ارزیابی می‌کند: شناختی که مشتمل بر ۹۳ سوال بوده و به تمرکز، حافظه، تفکر و سازماندهی افکار مربوط می‌باشد، جسمانی که شامل ۹۵ سوال بوده و انگیزه، سعی و تلاش، تحمل و هماهنگی را منعکس می‌کند و اجتماعی که متشکل از ۹۳ سوال بوده و اثر خستگی را بر منزوی شدن، هیجانات، فشار کاری و به عهده گرفتن کارها می‌سنجد.^{۳۴} از مزایای این پرسشنامه آن است که برای اهداف درمانی نسبت به سایر ابزارها مناسب‌تر است؛ چرا که آیت‌های آن اثر خستگی را بر اجرای فعالیت‌های روزمره زندگی اندازه می‌گیرد. در واقع این ابزار برای اندازه‌گیری بازده کلینیکی در نتیجه تاثیر مداخلات درمانی که برای کاهش اثر خستگی طراحی شده، مفید می‌باشد.^{۳۴} در زمینه کاربرد این آزمون تحقیقات زیادی

اثربخشی درمان است. باتوجه به جدیدبودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر بیماران مبتلا به MS ضروری به نظر می‌رسد و در صورت تایید می‌تواند در رواندرومانی این بیماران، تحولی ایجاد نماید. از این رو با توجه به تمهیدات کنونی و کاستی‌های درمانی موجود در این گستره و فقدان پژوهش‌های مرتبط در ایران و نیز لزوم توجه به این بیماری، این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مذکور باعث کاهش نشانگان افت روحیه، خستگی و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به MS می‌شود؟ بنابراین، هدف این پژوهش رسیدن به درمان‌های کاربردی هرچه بیشتر در روان‌درمانی این بیماری می‌باشد به این امید که ارائه نتایج بتواند برای صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران، در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای کاهش آلام روان‌شناختی این بیماران راه گشا باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری ام‌اس که در بهار ۹۷-۱۳۹۶ به انجمن ام‌اس ایران مراجعه کرده بودند که تعداد ۲۴ نفر از افراد مبتلا به ام‌اس به عنوان نمونه به شیوه‌ی نمونه‌گیری مبتنی بر هدف براساس مصاحبه نیمه ساختار یافته انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. برای انتخاب نمونه‌ها از معیارهای شمول زیر استفاده شد:

- داشتن دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال
- گذشتن بیش از دو سال از زمان دریافت تشخیص ابتلا به بیماری MS
- کسب نمره بالاتر از خط برش (>۳۰) پرسشنامه نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران^{۳۲}
- داشتن قابلیت کلامی لازم برای شرکت در جلسه روان‌درمانی (بر اساس نتایج مصاحبه تشخیصی اولیه).
- عدم وجود بیماری افسردگی شدید و یا سایر اختلالات روان‌پزشکی (به تشخیص روان‌پزشک).

غیرقابل‌پیش‌بینی و غیرقابل‌کنترل در زندگی بسیار مناسب است. حاوی ۱۴ سؤال است و پاسخ‌ها به صورت مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. برای هر گزینه امتیاز ۰ تا ۴ تعلق می‌گیرد. دامنه امتیازهای قابل کسب بین ۰-۵۶ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. در مطالعه‌ای میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه استرس ادراک‌شده ۰/۸۸ را گزارش کردند.^{۳۸} در ایران میزان آلفای کرون باخ ۰/۸۸ گزارش شده است.^{۳۹} رحمت‌نژاد ضریب آلفای کرون باخ این مقیاس را ۰/۸۱ گزارش کرده است.^{۴۰}

برنامه اجرای درمان (پروتکل) شناخت درمانی هستی‌نگر:

به‌منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی کیسان که توسط بهمنی و همکاران^{۲۴، ۲۹} اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق با شرایط اجرای در جلسات درمان گروهی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱).

در کشورهای مختلف صورت گرفته و سعی شده است که روایی و پایایی آن روی بیماران ام‌اس و افراد سالم را بررسی کنند. به عنوان مثال می‌توان به تحقیق میتوتز در سال ۲۸۸۳ در امریکا اشاره کرد که با ضریب همبستگی ۷۸-۸۴٪ نشان‌دهنده‌ی پایایی خوب و نیز روایی همگرایی خوب با مقیاس شدت خستگی (FFS) می‌باشد.^{۳۵} در ایران حیدری، فهیمی، صالحی و نبوی به بررسی روایی صوری ترجمه فارسی و تطبیق فرهنگی این پرسشنامه پرداختند و به این نتیجه رسیدند که نسخه فارسی این مقیاس می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب در ارزیابی تاثیر خستگی بر فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز برای سنجش میزان تاثیر مداخلات درمانی و توانبخشی بر خستگی در بیماران ام‌اس مورد استفاده قرار گیرد.^{۳۶}

پرسشنامه استرس ادراک‌شده: اولین بار توسط Cohen, Kamarck & Mermelstein تهیه شده است.^{۳۷} این ابزار برای تعیین میزان شناخت افراد از استرس خود در مقابل رویدادهای

جدول ۱: محتوای جلسات شناخت درمانی هستی‌نگر

مراحل	جلسات درمانی	محتوای جلسات درمان
مرحله آغازین	مقدماتی	آشنایی آزمودنی با اهداف کلی جلسات درمانی / توضیح خطوط کلی جلسات اعم از مسئولیت‌پذیری در قبال فرآیند درمان، لزوم رعایت اصل رازداری، رعایت زمان‌بندی جلسات، سعی در خود افشایی از طریق ابراز افکار و احساسات، توافق در مورد مکان و زمان برگزاری جلسات / اجرای اندازه‌گیری پیش‌آزمون
اول		درخواست از آزمودنی برای بیان داستان خود در مورد نحوه تشخیص بیماری و به دنبال آن واکنش‌های احساسی و رفتاری نسبت به بیماری/کمک در ایجاد فضای درمانی امن و پویا در جلسه/کمک به خود ابراز گری و خود آشکارسازی آزمودنی/کمک به حضور فرد در اینجا و اکنون/بررسی برش طولی رفتار، احساس و فکر آزمودنی در حین بیان نحوه ابتلا به بیماری/سعی در برقراری ارتباط درمانی و اعتمادسازی جهت کمک به خود افشایی بیشتر
دوم		ایجاد فضایی برای بودن آزمودنی به منظور تجربه خود/تسهیل اظهار عقاید و باورهای آزمودنی در مورد بیماری و ابتلا به آن و ارزیابی علت آن/شناخت تحریفات و خطاهای شناختی آزمودنی مثلاً در مورد نسبت دادن علت بیماری به گناهان گذشته خود (تقصا از طرف خدا)/استخراج خطاهای شناختی موجود و در نهایت چالش با آنها/بروز مقاومت‌های احتمالی و شروع کار برای کاهش و رفع آنها
مرحله میانی	سوم	توجه تدریجی به اضطراب‌های وجودی برون‌ریزی شده توسط آزمودنی در حین خود افشاسازی/ تسهیل ادامه فرآیند خود افشاسازی و مواجهه آزمودنی با مفاهیم اضطراب‌های وجودی/پرداختن به مفهوم پیش‌بینی‌ناپذیری دنیا و عدم قطعیت هستی/کار با مظاهر اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری (اعم از ترس از عود بیماری، سرایت به سایر نقاط بدن، فلج شدن و آینده زندگی فردی) و کمک به کاهش این ترس‌ها از طریق پذیرش اضطراب پیش‌بینی‌ناپذیری/ارزیابی و چالش با افکار آزمودنی در رابطه با غیرقابل‌کنترل بودن امور مربوط به بیماری از طریق فنون شناختی و اصلاح تحریفات نهفته در آنها/

چهارم	کار با مضمون اضطراب مرگ در هنگام بیان واکنش به تشخیص بیماری MS تشویق به بیان معنای فردی در ارتباط با اضطراب مرگ کمک به مواجهه با واقعیت مرگ (در صورت عود بیماری و مبتلا شدن به ایدز) اصلاح تحریفات شناختی موجود در معنای اضطراب وجودی مرگ تسهیل فرآیند سوگ (ایجاد فضایی به منظور برون ریزی هیجانانی مثل غم و اندوه و سوگواری برای فقدان‌های ناشی از بیماری MS و احتمال عود آن و اعتماد به خود در توانایی پذیرش تجارب هیجانی منفی).
پنجم	کمک به خلق معنایی جدید در علت مبتلا شدن به MS از طریق فنون شناختی در راستای کمک به پذیرش مرگ احتمالی به عنوان یک واقعیت اجتناب‌ناپذیر/آشنا شدن فرد با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین (مبنی بر اینکه فرد احساس می‌کند بعد از مبتلا شدن به این بیماری تنها شده است)/کمک به پذیرش تنهایی به عنوان تجربه‌ای اصیل برای افزایش میل و انگیزه برای کنار دیگران و اعضای خانواده بودن
ششم	چالش با مفهوم از دست دادن معنا در زندگی/چالش با معانی ناکارآمد اطلاق شده به بیماری و احساس گناه ناشی از آن (اعم از تقاص پس دادن، تنبیه شدن، گناهکار بودن)/کمک به آزمودنی در یافتن معنایی کارآمد و عاری از تحریفات شناختی/کمک به پذیرش انتخاب در معنا دهی به تجارب زندگی/کمک به ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تصمیمات زندگی/کمک به پذیرش احساس مسئولیت در قبال سرنوشت خود/استفاده از اعتقادات معنوی-مذهبی آزمودنی در پیدا کردن معنا/اندازه‌گیری متغیر نشانگان افت روحیه
هفتم	کمک به مواجهه فرد با تبعات عدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن اصل آزادی و انتخاب/چالش با مفهوم رنج ناشی از عواقب مبتلا شدن/کمک به آزمودنی در پذیرش رنج در پی فرآیند معنا دهی، از طریق فنون شناختی/کمک به آزمودنی برای جستجوی بیشتر در واقعیت ثابت‌شده‌اش در راستای رها شدن از رنج و پذیرش آن
هشتم	جمع‌بندی جلسات قبل و کمک در رسیدن فرد به این چشم‌اندازها که: زندگی و مرگ به یکدیگر وابسته‌اند و مرگ همواره به ما می‌نگرد و زندگی را نیز نمی‌توان به تعویق انداخت/در پس تعبیر هر تجربه-ای، معنای شخصی وجود دارد و فرد در انتخاب این معنا از آزادی بی‌قید و شرطی برخوردار است چرا که همه ما به درون جهانی خالی از معنا افکنده شده‌ایم/هر یک از ما در هستی تنهاییم و هیچ رابطه‌ای قادر به از میان بردن تنهایی مان نیست ولی می‌توانیم در تنهایی یکدیگر شریک شویم و رابطه‌ای عمیق و پرمعنا با یکدیگر برقرار کنیم.
نهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح شده با کمک آزمودنی/بررسی تأثیر مداخلات انجام شده و نشانگان افت روحیه، استرس ادراک شده و خستگی/صحبت با آزمودنی در مورد هویتی که در اثر فرآیند معنا دهی ناکارآمد، افکار ناسازگار و ... مغشوش شده بود/کمک به ساخت هویت جدید آزمودنی متناسب با موقعیت جدید
دهم	جمع‌بندی جلسه قبل/هماهنگی لازم برای جلسات پیگیری/اجرای پس آزمون

مرحله پایانی

روند اجرای پژوهش

ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولین انجمن MS ایران قرار داده شد. در عین حال به منظور رعایت ضوابط اخلاق پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. گروه نمونه که تعداد ۲۴ نفر از افراد مبتلا به شیوه نمونه‌برداری در دسترس که آمادگی لازم جهت شرکت در طرح مداخله را دارا و واجد معیارهای شمول بودند،

- احراز شرایط کفایت درمانگر

پژوهشگر مجری برنامه مداخله با هدف تطبیق خود با معیار اخلاق پژوهش در مطالعات بالینی، دو برنامه کارآموزی متفاوت در زمینه کاربرد فنون شناخت درمانی وجود نگر انفرادی به مدت ۱۵ جلسه و نیز گروه‌درمانی شناختی وجودگرا (۱۰ جلسه) گذرانیده و مجوز استفاده نظارت‌شده از این فن را در ارائه خدمات مشاوره از ایشان اخذ کرد.

در دو گروه مداخله و کنترل در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت سن و مدت زمان ابتلا به بیماری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد از جهت وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها نشانگر تناسب بالای بین اعضای دو گروه در شاخص‌های دموگرافیک است.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش شامل متغیر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک شده مندرج در جدول ۲، نشانگر آن است که میانگین نمره‌های پس آزمون گروه مداخله کاهش در متغیرها را در مقایسه با پیش آزمون نشان می‌دهد، اما گروه کنترل چنین تغییری را در میانگین‌های پس آزمون نشان نمی‌دهد. در هر حال استنتاج تفاوت‌های معنادار در این متغیرها مستلزم به کارگیری آزمون مناسبی است.

انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند، بیست روز قبل از اجرای مداخله پرسشنامه‌های نشانگان افت روحیه، استرس ادراک شده و تاثیر خستگی توسط آزمودنی‌ها به عنوان پیش آزمون تکمیل شد، گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته تحت آموزش شناخت درمانی هستی‌نگر قرار گرفتند و در هر جلسه تمریناتی به عنوان تکلیف خانگی تعیین می‌شد و گروه کنترل آموزشی را دریافت نکردند، بعد از گذشت ۵ هفته مجدداً پرسشنامه‌ها بر روی افراد به عنوان پس آزمون انجام گردید.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به شاخص‌های دموگرافیک اعضای نمونه تحقیق شامل سن، مدت ابتلا به بیماری ام.اس از زمان تشخیص قطعی توسط متخصص، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی

جدول ۲: ویژگی‌های دموگرافیک افراد مبتلا به ام.اس در دو گروه مداخله و کنترل

P value	گروه مداخله		متغیر مورد بررسی
	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه کنترل	
۰/۶۵	۳۲/۱۶ (۸/۲۴)	۳۱/۷۸ (۷/۵۴)	سن (سال)
۰/۸۷	۶/۴۵ (۵/۱۲)	۶/۸۴ (۶/۰۲)	مدت زمان تشخیص مبتلا به بیماری (سال)
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	متغیر مورد بررسی
۰/۵۶	۵ (۴۱/۶)	۵ (۴۱/۶)	وضعیت تأهل
	۷ (۵۸/۳)	۷ (۵۸/۳)	متاهل
۰/۵۷	۱ (۸/۳)	۱ (۸/۳)	سطح تحصیلات
	۲ (۱۶/۶)	۴ (۳۳/۳)	دیپلم
	۶ (۵۰)	۴ (۳۳/۳)	لیسانس
	۲ (۱۶/۶)	۳ (۲۵)	فوق لیسانس
	۱ (۸/۳)	۰ (۰)	دکتری
۰/۴۵	۶ (۵۰)	۷ (۵۸/۳)	وضعیت شغلی
	۴ (۳۳/۳)	۴ (۳۳/۳)	خانه‌دار
	۲ (۱۶/۶)	۱ (۵۸/۳)	بیکار

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

گروه	گروه مداخله		گروه کنترل	
مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
خستگی جسمانی	۴۱/۱۲ (۶/۰۴)	۳۴/۱۵ (۴/۲۳)	۴۰/۶۲ (۷/۱۷)	۳۹/۱۸ (۵/۰۳)
شناختی	۱۷/۵۸ (۳/۱۵)	۸/۱۱ (۲/۰۳)	۱۸/۱۲ (۴/۲۸)	۱۸/۰۳ (۲/۷۵)
اجتماعی	۱۵/۴۳ (۴/۳۶)	۹/۲۱ (۳/۱۵)	۱۴/۷۳ (۳/۱۲)	۱۵/۰۶ (۳/۲۷)
نشانیگان افت روحیه	۵۳/۴۸ (۷/۴۵)	۲۵/۲۳ (۵/۱۸)	۵۱/۴۵ (۶/۴۹)	۵۰/۲۳ (۵/۲۳)
استرس ادراک شده	۴۲/۳۶ (۵/۲۹)	۳۰/۲۶ (۴/۴۵)	۴۰/۲۰ (۴/۴۸)	۴۱/۶۵ (۴/۲۵)

فوق می باشد. بنابراین، استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک راهه بلامانع می باشد.

براساس یافته های جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره های خستگی پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره های خستگی جسمانی ($F_{(1,21)} = 12/45$ و $P < 0.01$)، خستگی شناختی ($P < 0.01$) و $14/35$ ($F_{(1,21)} = 8/16$ و $P < 0.01$) معنادار است.

جهت بررسی استنباطی داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل، مفروضه های این آزمون آماری شامل نرمال بودن توزیع متغیرها بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای نمرات هر یک از متغیرها نشان داد هیچ گونه تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است و داده ها نرمال می باشند ($P > 0.05$).

همچنین نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس ها و آزمون همگنی شیب خط رگرسیون از لحاظ آماری معنادار نبود ($P < 0.05$). که این نیز به معنای برقراری مفروضه های

جدول ۴: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر خستگی

منابع	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا (اندازه اثر)
خستگی	پیش آزمون	۲۲۴۶/۵۳	۱	۲۲۴۶/۵۳	۱۶/۴۵	۰/۰۰۷	۰/۳۶
جسمانی	گروه	۱۲۰۶/۴۹	۱	۱۲۰۶/۴۹	۱۲/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۲۸
	خطا	۴۹۵/۷۸	۲۱	۴۹۵/۷۸			
خستگی	پیش آزمون	۵۸۵/۲۸	۱	۵۸۵/۲۸	۲۱/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گروه	۳۴۴/۲۳	۱	۳۴۴/۲۳	۱۴/۳۵	۰/۰۰۸	۰/۴۴
شناختی	خطا	۱۹۶/۴۷	۲۱				
	پیش آزمون	۵۱۱/۱۷	۱	۵۱۱/۱۷	۱۱/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۲
اجتماعی	گروه	۳۰۶/۲۶	۱	۳۰۶/۲۶	۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۱۸
	خطا	۱۴۰/۳۶	۲۱				

با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵

جدول ۵: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نشانگان افت روحیه

منابع	شاخص	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا
		مجذورات		مجذورات			(اندازه اثر)
نشانگان افت	پیش آزمون	۴۸۵۶/۱۲	۱	۴۸۵۶/۱۲	۶۴/۷۵	۰/۰۰	۰/۸۴
روحیه	گروه	۲۶۲۵/۲۹	۱	۳۱۲۵/۲۹	۴۱/۲۸	۰/۰۰	۰/۶۹
	خطا	۱۰۱۵/۱۸	۲۱				

جدول ۶: تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر استرس ادراک شده

منابع	شاخص	مجموع	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجذور اتا
		مجذورات		مجذورات			(اندازه اثر)
استرس ادراک شده	پیش آزمون	۳۱۵۲/۳۶	۱	۳۱۵۲/۳۶	۳۴/۲۶	۰/۰۰	۰/۴۴
	گروه	۱۸۵۳/۶۸	۱	۱۸۵۳/۶۸	۲۵/۷۵	۰/۰۰	۰/۳۶
	خطا	۹۶۵/۹۵	۲۱				

استفاده و نیز محتوای جلسات ده‌گانه برنامه مداخله، رجوع کرد. از جمله مزایای گروه درمانی ایجاد فرصت استفاده از روابط ایجادشده بین اعضا برای حمایت‌های روانی اجتماعی در هنگام مداخله و پس از اتمام فرایند مداخله است. روش شناخت درمانی هستی‌نگر با استفاده از فنون خاص، ضمن کمک به آگاهی و ابراز هیجان‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های هستی نظیر اضطراب از مرگ، عدم قطعیت، بی‌معنایی، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ یا از دست دادن‌های مهم نهفته در بیماری تشدید می‌شوند و سپس پذیرش صادقانه و بروز پاسخ‌های اصیل‌تر به آن‌ها، با استفاده از فنون شناخت‌درمانی برخی از طرح‌واره‌ها، افکار خودآیند و خطاهای شناختی را که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجهه‌شدن با اضطراب‌های هستی نقش داشته‌اند نیز شناسایی و اصلاح نمود. پروتکل اجرای مداخله شناخت‌درمانی هستی‌نگر (جدول ۱) به گونه‌ای طراحی شده بود که بتواند به تدریج از طریق استقرار فضای امن ارتباطی برای برون‌ریزی هیجانی، زمینه را برای خود افشایی و مواجهه با هیجان‌های بازدارنده، تحریف و انکار شده فراهم آورد و سپس با اتکا به این افزایش آگاهی مراجع از جنبه‌های هیجانی خود به طرف شناسایی، اصلاح و یا حذف شناخت‌های

براساس یافته‌های جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره‌های نشانگان افت روحیه پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های نشانگان افت روحیه ($P < 0.01$ و $F_{(1, 21)} = 41/28$) معنادار است. براساس یافته‌های جدول ۶، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره‌های استرس ادراک شده پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر درمان بر نمره‌های استرس ادراک شده ($P < 0.01$ و $F_{(1, 21)} = 25/75$) معنادار است.

بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روش مداخله شناخت‌درمانی هستی‌نگر به صورت گروهی در خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) بود. نتایج نشان داد اثربخشی شناخت‌درمانی هستی‌نگر بر نمره‌های خستگی جسمانی، خستگی شناختی، خستگی اجتماعی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک شده معنادار است که با نتایج پژوهش‌های^{۲۳، ۲۵-۳۱} همسو است.

برای تبیین این یافته‌ها می‌بایست به مقتضیات طرح مطالعه مورد

است.^{۱۸} در واقع درمان شناختی هستی‌نگر با تاکید بر مسائل بنیادین هستی فرد، شناخت فرد، تحریفات شناختی و آزرده‌گی‌های وجودی را از بین می‌برد. در واقع شناخت درمانی هستی‌نگر علاوه بر این که به ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیر منطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال می‌پردازد، سعی می‌کند به مراجع کمک کند تا این الگوهای غلط را شناسایی و به تغییر باورهای ناکارآمد بپردازد.

درمان شناختی می‌کوشد تا پریشانی هیجانی افراد را با کمک به آنها در تشخیص، آزمودن و تعدیل تفکر تحریف شده و غیر انطباقی که زیربنای این پریشانی است، بهبود بخشد. بر اساس دیدگاه شناختی ذهن انسان فعلا نه در ساختن واقعیت خویش دست دارد و برای تغییر شرایط باید ساخت ذهنی وی از واقعیت که بر اساس برداشت فرد از واقعه رخ داده است، تعدیل شود.^{۲۹} زمانی و همکاران در بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نشان دادند که نمرات افسردگی، اضطراب و استرس پس از درمان کاهش معناداری داشته است.^{۳۱} نتایج پژوهش زمانی و همکاران که بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بندر عباس انجام گرفت نشان داد، شاخص‌های اضطراب و افسردگی پس از انجام مداخله رفتاردرمانی شناختی کاهش یافته و این کاهش در دوره پیگیری نیز حفظ گردید.^{۳۲} در پژوهش حاضر و در بعد شناختی، افزایش آگاهی بیماران پیرامون افکار منفی و خطاهای شناختی و تأثیر آن بر شدت خستگی و همچنین آموزش راهکارهای مقابله با این افکار توانست بر شدت خستگی بیماران تأثیرگذار باشد.

درمان وجودی نیز می‌کوشد تا با پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی؛ آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش را بررسی و برمساله وجودی انسان توجه کند.^{۲۹} اصلاح باورهای غلط در خصوص خدا از قبیل عدم احساس رضایت در ارتباط با خدا، عدم وجود توجه و مراقبت از سوی خدا در زندگی، و تحریف‌های شناختی از قبیل پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، سرزنش‌گری، تاسف‌گرایی از جمله مواردی بود که در این جلسات در راستای تغییر قرار گرفت. مراجعان در جریان

ناکارآمد، غیرمنطقی و غلطی که زیربنای فاصله‌گیری از تجربه اضطراب‌های وجودی است، حرکت کند. در واقع شناخت درمانی - هستی‌نگر علاوه بر این که به ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیر منطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال می‌پردازد، سعی می‌کند به مراجع کمک کند تا این الگوهای غلط را شناسایی و به تغییر باورهای ناکارآمد بپردازد، در عین حال تلاش می‌کند تا تمرکز جلسات بر اینجا و اکنون باشد.

اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر در پژوهش‌های متعدد و در بیماری‌های مزمن مختلف تایید شده است که با نتایج این پژوهش همسو است. اثربخشی این روش بر کاهش میزان غم و اندوه و افزایش قابلیت حل مسئله و توسعه راهبردهای شناختی کارآمد در بیماران مبتلا به سرطان^{۱۷}، اثربخشی گروه درمانی وجودی بر بهبود معنا و افزایش امیدواری بیماران افسرده مبتلا به سرطان^{۲۴}، اثربخشی شناخت درمانگری وجودی بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان غیر منتشر^{۲۶}، تأثیر این روش بر بهبود روابط خانوادگی و از آن طریق بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان پستان^{۲۷}، اثربخش بودن شناخت درمانی هستی‌نگر در افزایش امیدواری و کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان^{۳۳}، اثربخش بودن شناخت درمانی هستی‌نگر در کاهش نشانگان افت روحیه افراد مبتلا به عفونت HIV^{۲۸}، اثربخش بودن شناخت درمانی هستی‌نگر در تحریفات شناختی مبتلا به عفونت HIV^{۲۹} نشان داده شده است.

افرادی که عوامل فشارزای عمده زندگی مثل تشخیص بیماری مهلک را تجربه می‌کنند در یافتن هدف و معنا بخشی به رویداد آسیب‌زای بیماری با دشواری مواجه شده و با احتمال بیشتری، آزرده‌گی‌های وجودی را تجربه می‌کنند.^{۲۴} نشانگان افت روحیه یکی از انواع آزرده‌گی‌های وجودی است که احتمال بروز آن در این افراد زیاد است. بر این اساس، مواجهه انسان با عوامل تهدیدکننده زندگی می‌تواند او را با جنبه‌هایی از زندگی که اغلب می‌کوشد تا از مواجه شدن با آن طفره برود، روبرو کرده و چنانچه فرد آمادگی قبلی برای این مواجهه را نداشته و نتواند برای آنچه که اتفاق افتاده معنایی همساز با مقتضیات هستی پیدا کند، ممکن است درگیر تجربه روان‌شناختی شود که محصول تهدید شدگی معنا بوده و خود را در مجموعه علائمی نشان دهد که به نشانگان افت روحیه موسوم

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین

انتظار می‌رود که یافته‌های این پژوهش بتواند در بعد بهداشتی درمانی با در نظر گرفتن رویکرد بین حرفه‌ای و مشارکتی مشاوران، روان‌پزشکان و روان‌پرستاران، گامی موثر، جهت حفظ و ارتقای سلامت روانی این دسته از بیماران بردارد؛ همچنین در بعد سیاست‌گذاری نیز استفاده از این مداخله گروهی در انجمن ام اس سراسر ایران پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری نهایی

پژوهش حاضر نشان داد که بهره‌گیری از رویکرد شناخت درمانی هستی‌نگر توانسته است به بهبود وضعیت خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مولتیپل اسکلروزیس کمک نماید و سلامت عمومی آنها را ارتقا بخشد.

نتایج حاکی از این بود که امید یکی از مهمترین عوامل پیش‌بینی کننده درمان‌پذیری است. بنابراین می‌توان از این رویکرد که از مزایایی همچون آموزش آسان و کم‌هزینه بودن برخوردار است در جهت بهبود سلامت عمومی بیماران مزمن از جمله MS استفاده نمود. از محدودیت‌های این پژوهش میتوان به فقدان برنامه پیگیری، با هدف ارزیابی میزان تداوم اثر درمان، عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها از جامعه هدف و استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها اشاره نمود زیرا پرسشنامه ممکن است نتواند به خوبی تجربه روانی آزمودنی‌ها را منعکس کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از انجمن MS ایران، معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی و کلیه کسانی که در به ثمر رساندن این پژوهش همکاری داشتند خصوصاً بیماران و خانواده‌هایی که صبورانه در جلسات درمانی شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تجربه درمان وجودی، آگاهی‌ای را کسب می‌کنند که بدان وسیله بین جنبه‌هایی از زندگی که می‌تواند تغییر دهند و جنبه‌هایی که نمی‌تواند تغییر دهند، تمیز قابل شوند و می‌آموزند که چگونه زندگی را با تمام دشواری‌ها و تضادهایش بپذیرند؛ که این فرایند شامل آموختن مواجهه با مسائل اجتناب‌ناپذیر، سختی‌ها، ناامیدی‌ها و بحران‌های زندگی نیز می‌شود.^{۲۹}

به عنوان جمع‌بندی می‌توان تصریح کرد که شناخت درمانی هستی‌نگر توانسته است نقش موثر در کاهش نشانگان افت روحیه، خستگی و استرس ادراک شده زنانی که مبتلا به بیماری ام اس بودند ایفا کند. این یافته را می‌توان به معنی حمایت از پیش‌فرض‌های زیربنائی نظریه هستی‌گرایی در شکل‌گیری و نیز درمان نشانگان افت روحیه تلقی کرد. با این وجود در ارزیابی نهایی میزان تأثیر برنامه و قابلیت تعمیم نتایج و استفاده از یافته‌های این تحقیق باید به چند عامل توجه داشت، نخست این‌که به نظر می‌رسد که ۱۰ جلسه مداخله برای کمک به بیماران برای مواجه شدن با پیامدهای سنگین احتمال مرگ زود هنگام کافی نباشد. درعین حال تک جنسیتی بودن اعضای نمونه، کم بودن نسبی حجم نمونه، محدود بودن اجرای مداخله به یک انجمن، نداشتن سنجش پیگیری نیز از قابلیت تعمیم یافته‌ها کاسته است. همچنین در تحلیل‌های این پژوهش نقش متغیرهایی مانند نوع بیماری ام اس، نوع داروهای مصرفی، تعداد عودها، شدت درد و به طور کلی وضعیت ناتوانی بررسی نگردید؛ در نتیجه قضاوت در مورد نقش مخدوش‌گر احتمالی این متغیرها در نتایج این پژوهش امکان‌پذیر نیست.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی با تعداد حداقل ۱۶ جلسه مشاوره برنامه‌ریزی شود. درعین حال پیشنهاد می‌شود تا این مطالعه با حجم نمونه بالاتر اجرا و تعامل آن با دیگر متغیرهای روان‌شناختی نیز بررسی گردد.

References

1. Fisher A, Heesen CH, Gold SM. Biological outcome measurements for behavioral interventions in multiple sclerosis. *Adv neurol disord.* 2011; 4 (4): 217-229.
2. Sahraian MA, Khoramnia S, Ebrahim MM, Moinfar Z.

Multiple sclerosis in Iran: a demographic study of 8000 patients and changes over time. *Eur Neurol.* 2010; 64 (4): 331-336.

3. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Res Med*. 2008; 32 (1) :45-53. [In persian]
4. Beiske AG, Svenson E, Sandanger Czujko B. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur Neurol*. 2008; 15 (3): 239-245.
5. Dehghan A, Memarian R. Abundance of Stress, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients. *Alborz univer med sci j*. 2013; 2 (2) :82-88. [In persian]
6. Kayser K, Scott JL. Helping couples cope with women's cancers an evidence-based approach for practitioners. Springer Sci Business Media. 2008.
7. Kernan WD, Lepore SJ. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Soc Sci Med*. 68 (6): 176-182.
8. Kissane DW, Clark DM. Demoralization: it, s phenomenology and importance. *Australian Newzeland J Psychiatry* 2002; 36:733-742.
9. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. (S. Habib, Trans.) Tehran: Publication requirement. 2011.[In Persian]
10. Prochaska J, Norcross CJ. *Theories of psychotherapy (3th ed ed.)*. (Y. Seyyed Mohammad, Ed.) Tehran: Emissions growth. 2011.
11. Cherny NI, Blinderman CD. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: Lesson from cancer patients in Israel. *Palliat Med*; 2005; (19): 377-380.
12. Leung D, Esplan MJ. Alleviating existential distress of cancer patients: Can relational ethics guide clinicians? *Euro J Cancer Care*. 2010; (19): 8-30.
13. Schreiber R, Bruce A, & Boston P. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *J Pain symptom Manag*. 2011; (3): 604-618.
14. Mullane M, Dooley BE, Bates U. Validation of the Demoralization Scale in an Irish advanced cancer sample. *Palliat Support Care*. 2009; (7): 323-330.
15. Lee CY, Fang CK, Yang YC, Liu CL, Leu Y, Sh, WT, Wang T. Demoralization syndrome among cancer outpatients in Taiwan. *Support Care Cancer*. 2012; (20): 259-267.
16. Vehling S, Oechsle K, Lehmann C, Bokemeyer C, Krull A, Koch U. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning. The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho Oncology*. 2012; (21): 54-63.
17. Kissane DW, Bloch S, Miach P, Smith GC, Seddon A, Keks N. Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer. *Psycho Oncol J*. 1997; 6(1):25-33.
18. Kissane DW, Clark DM, Street AF. Demoralization syndrome. A relevant psychiatric diagnosis for palliative care. *J Palliate care*. 2001; (7): 12-21.
19. Moshtagh Eshgh Z. The effect of laughter therapy on fatigue and depression in patients with MS referred to MS Society of Iran. *J Nurs Midwi Faculty*, 2010; 70 (20): 7-11. [In persian].
20. Ganjvar M, Jafarimanesh H, Jadid Milani M, Sadeghi H. The Strategies to deal with Stress in Mothers of Children with Type I Diabetes. *Iranian J Psychiatric Nurs*. 2015; 3 (2) :51-61. [In persian]
21. Khani S, Babakhani N. Comparing the Relation between Spiritual Growth and Perceived StressWith Happiness among Fertile and Infertile Women of Tehran City. *Health Psycho*. 2016; 5(17): 85-98. [In persian]
22. Moradi K, Aghayousefi A, Alipour A, Bahrami P. The comparison of stress features, coping strategies, type C and type D personality in patient with multiple sclerosis and normal. *Clin Psycho Pers*. 2016; 14 (1) :99-109. [In persian]
23. Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Ghanbari Motlagh A. Cognitive-existential group therapy and cognitive therapy-oriented training in breast cancer patients. *J Dev Psychol*. 2008; 6 (23):201-14. [In persian]
24. Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaeili M, Naghiay MM, Ghaedniay Jahromi A. Demoralization Syndrome in Patients with Human Immunodeficiency Virus. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2015; 3 (1): 2719-2724. [persian]
25. Bahmani B, Eskandari M, Hasani F, Dokaneyi Fard F, Shafiabadi A. The effect of cognitive existential group therapy on depression and hopefulness of parent with children having cancer. *Health Psycho*. 2013; 2(2): 48-61. [In persian]
26. Kissane DW, Bloch S, Smith G, Miach P, Clarke D, Ikin J, Love A, Ranieri N, Mekenzie D. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomized controlled trial. *Psycho Oncol J*. 2003; (12): 532-46.
27. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, Miach P, Ikin J, Ranieri N, Snyder RD. Effect of cognitive existenia group therapy on survival in early stage breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2004;(22): 4255-60.
28. Farmani-Shahreza S, Bahmani, B, Ghaedniay-Jahromi A, Amin-Esmaeili M, Khanjani, S. The Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on the Demoralization Syndrome in Women with HIV. *J Clin Psycho*. 2016; 8 (1) :11-24. [In persian]
29. Farmani-shahreza S, Bahmani B, Ghaedniay Jahromi A. The Effect of Cognitive-Existential Therapy on Cognitive Distortions in Women with HIV: A Single-Subject Study. *Iranian J Psychiatric Nurs*. 2017; 5 (3) :48-57. [In persian]

30. Hosseini Kiasari ST, Ghamari Givi H, Khaleqkhab A. The Efficacy of Cognitive-Existential Group Therapy in Reducing the Levels of Depression, Anxiety and Stress in Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2015; 24 (122): 368-372. [In persian]
31. Pacnia N. The Effectiveness of Ontological Cognitive Therapy on Reducing Morbidity Symptoms of MS with MS. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation, Ministry of Health and Medical Education. 2015. [In persian]
32. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, & Smith G. Effect of cognitive existential group therapy on survival in early stage breast Cancer. *J Clin Oncology*. 2004; (22): 255-260.
33. Fisk JJ. Scaling and scoring of the fatigue Impact Scale version (2 ed.). 2009.
34. Johnson SL. The concept of fatigue in multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*, 2008; 70 (2): 72-77.
35. Mathiowetz V. Test-retest reliability and convergent validity of the fatigue impact scale for person with multiple sclerosis. *Am J Occup Ther*. 2003;57: 389-395.
36. Heydari M, Fahimi-Malahat A, Salehi MM, & Nabavi M. Survey validity of translation for Persian and cultural adaptation of fatigue impact scale questionnaire in multiple sclerosis patient in iran. *J mod rehabilitation. Fac rehabil, med sci*, 2012; 6 (3). [In persian]
37. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 1983; 4: 385-396.
38. Velezmoro R, Lacefield K, Robert JW. Perceived stress, sensation seeking, and college students' abuse of the Internet. *Comput Hum Behav*. 2010; 26 (6): 1526-1530.
39. Shamsi M, Bayati A, Jahani F, Farhangnia L. The effect of holy Quran recitation on perceived stress among personnel of Arak university of medical sciences. *Sci res J Shahed Univer*. 2011; 19 (95): 1-11. [In persian]
40. tajik H, tale pasand S, rahimian bogar E. Relationship Between Impulsivity, Perceived Stress and Happiness with Internet Addiction in Iran 15 to 28-year-old Facebook user. *Clin Psycho Pers*. 2016. [In persian]
41. Zamani SN, Barati F, Jahangir AM, Zamani S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health in Patients with Multiple Sclerosis. *Health Res J*, 2016; 1(4): 215-223. [In persian]
42. Zamani SN, Fazilatpoor M. The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Anxiety, Depression and Cognitive Disorder of Individuals with Multiple Sclerosis. *J Clin Psychol*. 2014;5(4):43- 53. [In persian]
- 43- Schreiber R, Bruce A, Boston P. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *J Pain Symptom Manag*. 2011; 3: 604-18.
44. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care. *Support Care Cancer*. 2001; 10(4): 272-80.

Shiva Farmani Shahreza¹,
Samira Khani², Ali
Ghaedaniay Jahromi^{3*}, Saeed
Imani⁴

¹ Master of Family Counseling,
Member of the Research Group of
Cognitive Sciences, University of
Alborz, Jahad. Karaj, Iran

² MSc Clinical Psychology, Deputy of
Health, Alborz University of
Medical Sciences and Health
Services, Karaj, Iran

³ Ph.D. Student of clinical
Psychology, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Clinical
Psychology, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran

Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on Fatigue, Demoralization Syndrome and Perceived Stress in Patients with Multiple Sclerosis (MS)

Received: 24 Feb. 2018 ; Accepted: 23 Jul. 2018

Abstract

Introduction: Background and Aim: Multiple sclerosis is one of the most common chronic diseases in the central nervous system, which affects the physical and psychological complications of the disease and its associated stress all aspects of the patient's life. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of ontological cognitive therapy on fatigue, morbidity and perceived stress symptoms in patients with multiple sclerosis.

Materials and Methods: The method of the present study was experimental design with pretest and post-test design with control group. The statistical population of this study included all people with illness who referred to Iran Society of Iran in the spring of 2016-17, with 24 patients MS patients were selected as sample based on objective sampling based on semi-structured interviews and randomly divided into two groups of intervention (12 subjects) and control (n = 12). The intervention group received 10 weekly sessions on the effectiveness of Cognitive-Existential Therapy. The instruments used were Kissane's demoralization Syndrome (2004), Fatigue Scale and Perception Stress Questionnaire (Coon et al., 1983). Multi-variable covariance analysis was used to analyze the data.

Results: The experimental and control groups were based on demographic characteristics of age (years) ($P < 0/65$), duration of diagnosis (years) ($P < 0/87$), marital status ($P < 0/56$), level Education ($P < 0/57$), job status ($P < 0/45$) were homogenized. Cognitive-Existential Therapy was used to decrease the scores of physical Fatigue ($P < 0.01$, $F = 12.45$), cognitive fatigue ($P < 0.01$, $F = 14.35$) social Fatigue ($P < 0.01$, $F = 8.13$), and demoralization Syndrome ($P < 0.01$, $F = 41.28$) perceived stress ($P < 0.01$, $F = 25.75$) were effective.

Conclusion: The results of this study showed that using Cognitive-Existential Therapy has been able to improve the status of fatigue, demoralization syndrome e and perceived stress in patients with multiple sclerosis and promote their general health. Therefore, it can be used as an effective interventional technique for improving fatigue, demoralization syndrome and stress symptoms in patients with MS.

Keywords: Cognitive-Existential Therapy, Fatigue, demoralization syndrome, Perceived stress, Multiple sclerosis

***Corresponding Author:**
Ph.D. Student of Clinical
Psychology, Shahid Beheshti
University, Tehran, Iran.

Tel: 09120754493
E-mail: a_ghaednia@sbu.ac.ir