

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health in Patients with Multiple Sclerosis

Narges Zamani¹, Farzan Barati², Amir Hossein Jahangir^{3*}, Saeed Zamani⁴

¹ Young Researchers and Elite Club, Hamadan Branch of Islamic Azad University, Hamadan, Iran

² Department of Mechanics, Faculty of Engineering, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

³ Department of Clinical Psychology, Taleghani Educational Hospital, School of Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Department of psychology, Islamic Azad University, Hamadan Branch, Hamadan, Iran

* Corresponding author: E-mail: amirhoseinjahangir@gmail.com ; Tel: 021 83240000

Received: 2016/09/5 Accepted: 2016/10/26 Online published: 2016/11/20

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.4.215

Abstract

Introduction: This study aimed to examine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on mental health in patients with multiple sclerosis (MS).

Materials and Methods: The statistical society was all the patients with MS in Hamadan city, Iran. In a semi-experimental design and using convenience sampling, 30 participants were selected and randomly divided into two groups of intervention and control. The clusters were trained in six sessions of one to one and half hours while the control group had no therapeutic training. The therapeutic clusters were assessed with Lovibond's depression, anxiety and stress (DASS, 1995) scale at three stages of prior to, four weeks after, and two months after the intervening sessions. Data were subjected to descriptive statistics and analysis with a mixed ANOVA design.

Results: The results of this study showed that there were significant differences between test and control groups after the intervention ($P=0.001$).

Conclusions: According to the results, we can say that in the area of treatment and working with MS patients, cognitive therapy according to its nature seems to be very efficient and promising.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Mental Health; Depression; Anxiety; Stress; Multiple Sclerosis

©2016 Deputy of Research and Technology of Baqiyatallah Hospital

اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نرگس زمانی^۱، فرزانه براتی^۲، امیرحسین جهانگیر^{۳*}، سعید زمانی^۴

^۱ باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران

^۲ گروه مکانیک، دانشکده فنی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، همدان، ایران

^۳ گروه روانشناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی طالقانی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، ایران

* نویسنده مسئول: ایمیل: amirhoseinjahangir@gmail.com تلفن: ۰۲۱-۸۳۲۴۰۰۰

دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۳ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۲۵ انتشار آنلاین: ۱۳۹۵/۸/۲۹

DOI: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.4.215

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان بود. در یک طرح نیمه آزمایشی، ۳۰ نفر شرکت کننده به صورت دسترس از بیماران انتخاب شدند (در نهایت به ۲۴ نفر تقلیل یافتند) و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی شناختی طی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در سه مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و ۱ ماه پس از جلسات درمانی با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شد.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P=0/001$). در واقع، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس پس از درمان در گروه آزمایش کاهش معناداری یافت که این تأثیر در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت، در حوزه درمان و زمینه کار با افراد دچار بیماری‌های مزمن و پیشرونده شناخت درمانی گروهی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: رفتاردرمانی شناختی، سلامت روان، افسردگی، اضطراب، استرس، مولتیپل اسکلروزیس.

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

مقدمه

جسمانی و روحی و روانی بر خود بیمار، خانواده نیز استرس و اضطراب زیادی را متحمل می‌شوند [۱۱].

علاوه بر استرس و اضطراب، افسردگی نیز از شایعترین اختلالات روانی در میان بیماران با دردهای مزمن است. پژوهش‌ها نشان داده است که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه مثبتی وجود دارد و حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی تجربه می‌کنند دچار افسردگی می‌شوند [۱۳]. به عبارتی، افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند [۱۴] که در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و پیشرونده مانند مولتیپل اسکلروزیس وجود دارد.

گسترده‌گی مسئله افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و رواندرمانی برای آن ارائه شده و مورد بررسی قرار گیرند. با این همه هر چند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه حلی قطعی برای مشکل افسردگی دانست [۱۵-۱۷]. زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به دنبال دارد (شامل خشکی دهان و ناهنجاری‌های بدنی گوناگون) و از سوی دیگر به رغم این واقعیت که رواندرمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه‌های بیماری مواجه هستیم [۱۸]. در واقع با این که در درمان، هدف باید بهبودی کامل باشد، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند و وجود نشانه‌های باقیمانده در این اختلال، حتی در بیمارانی که بهبودی کامل نشان می‌دهند، رایج است. این نشانه‌های باقیمانده، پیش‌بینی کننده قوی عود هستند. میزان عود در بیمارانی که دارای نشانه‌های باقیمانده هستند، سه تا شش برابر بیشتر از بیمارانی است که فاقد این نشانه‌ها هستند [۱۹]. این نتایج به نابسندگی بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های موثرتر برای این اختلال اشاره دارند.

تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان افسردگی و اضطراب ارائه شده است که دیدگاه شناختی رفتاری یکی از نافذترین نظریه‌ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است [۹]. با توجه به پژوهش‌های کهریزی، هدف تکنیک‌های شناختی، که از موج سوم در روانشناسی است، پذیرش و شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی، اضطراب و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام‌اس) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و اغلب پیشرونده سیستم عصبی مرکزی می‌باشد [۱]. این بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند [۲]. این آسیب دیدگی در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند می‌تواند اختلال ایجاد می‌کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌ها [۳] و مشکلات جسمی و تغییر زیبایی [۴] می‌شود. این بیماری ناتوان کننده بین سنین ۲ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد [۵] و سومین علت ناتوانی در میان بزرگسالان محسوب می‌شود [۲] و طبق انجمن مولتیپل اسکلروزیس ایران در سال ۲۰۰۵ میزان شیوع بیماری ۰/۹ (درصد هزار نفر) می‌باشد [۶].

این بیماری مانند بیماری‌های مزمن دیگر به علت نامعلوم بودن آینده (حتی یک روز) موجب پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران شده و با اختلالات روانی همبودی دارد، امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد. اهمیت سنجش آن به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند [۷] که بعد روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است که مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب در آن مطرح می‌شود [۸] و از جمله اختلالاتی که با بیماری مولتیپل اسکلروزیس و سایر بیماری‌های مزمن و دردهای دیگر در ارتباط است سلامت روان آنهاست که به علت تکرر درد و ناپیمنی از آینده کاهش می‌یابد و افسردگی، اضطراب و استرس با شدت و نوع بیماری و درد در بیماران بالا می‌رود. علاوه بر این، استرس نیز ممکن است باعث بروز حمله بیماران می‌شود [۹].

به طور کلی هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه تحمل معینی در مقابل استرس می‌باشد. وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد ناچار اختلال‌های روانی و هیجانی نشان خواهد داد [۱۰] یکی از استرس‌هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می‌کند، استرس ناشی از بیماری مزمن داشتن است که اثرات بلندمدتی بر زندگی بیمار داشته و بنیادهای اساسی فرد و خانواده فرد را نیز در معرض خطر جدی قرار می‌دهد [۱۱]. در واقع این بیماران، هم استرس‌های زندگی روزانه و هم با استرس‌هایی که ناشی از بیماری و علائم بیماری، غیر قابل پیش‌بینی بودن و نوساندار بودن بیماری مقابله می‌کنند (۶) که این به نوبه خود در بهبود و عدم بهبود بیماری‌شان نقش دارد.

اضطراب مؤلفه دیگری است که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌کند [۱۲] وجود فرد بیمار علاوه بر ایجاد اضطراب و استرس

آزمون واریانس و آزمون لوین برای برابری واریانس‌های خطا تحلیل شد.

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی مولتیپل اسکلیروزیس؛ ۲- حداقل تحصیلات راهنمایی (سیکل)؛ ۳- دامنه سنی ۲۶ تا ۴۸ سال؛ ۴- عدم دریافت درمان روانشناختی همزمان؛ ۵- زن بودن که با هدف درمان که پس از جلب رضایت آزمودنی‌ها، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند را دریافت کردند. ملاک‌های حذفی عبارت بودند از: ۱- زنان مطلقه یا بیوه؛ ۲- زنان سرپرست خانواده؛ ۳- بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان درمانی برای اختلالات روانشناختی بودند؛ ۴- غیبت بیش از ۲ بار متوالی؛ ۵- غیبت ۳ جلسه بدون پشت سرهم؛ ۶- بیماران با دردهای مزمن. و در نهایت از بیماران فرم اخلاق پزشکی و رضایت نامه دریافت شد و ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5؛ ۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند؛ ۳- آموزش گروه درمانی شناختی.

مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی: مصاحبه تشخیصی ساختار یافته از مجموعه معیارهای تشخیصی اختلال نامنظمی خلقی اخلاک گرانه [۲۲] تشکیل شده است که هدف آنها ارزیابی آن دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعان است که به نوعی با تشخیص اختلال آنها ارتباط دارد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS، لایبوند)- مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خودگزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است [۲۳]. آنتونی و همکاران [۲۴] مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران [۲۴] حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار [۲۵] مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و الفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی و اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۷۴/۸۱ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. هریک از خرده مقیاس‌های آزمون

درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به وسیله کیفیات شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند، اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت درمانی، یکی از مداخلات مؤثر اختلالات خلقی (اضطراب و افسردگی)، به خصوص در مورد بزرگسالان است [۱۹].

نتایج پژوهش روت، فوناگی اثربخشی این درمان را در درمان افسردگی بدون در نظر گرفتن دوره پیگیری مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که گروه درمانی شناختی در کاهش اختلالات خلقی زنان متأهل موثر است [۲۰]. پژوهش‌های راش، بک و کوواک و هولن در مقایسه درمان‌های مبتلا به اختلال افسردگی مزمن نشان داد شناخت درمانی تأثیر بیشتری در درمان افسردگی و اختلالات خلقی افراد دارد. طبق نظریه شناختی فری، شناخت درمانی باورهای هیجانی را کمتر از باورهای عقلانی تغییر می‌دهد [۲۱]. ولی تاکنون رفتاردرمانی شناختی بر روی اضطراب و افسردگی بیماران مزمن و صعب‌العلاج مانند بیماری‌های قلبی، دیابت نوع دو، رماتیسم و هیپاتیت انجام نشده است. با توجه به اینکه، اثربخشی شناخت درمانی در درد و رنج هیجانی ناشی از اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس و اختلالات نیمه بالینی و بالینی بیماران مبتلا به دردهای مزمن مورد بررسی قرار گرفته شده است لذا با توجه به اثربخشی این درمان پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی مقطعی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان بود که در مراکز و کلینیک‌های خصوصی و نیمه خصوصی روانشناختی و فیزیوتراپی و کاردرمانی پذیرش شده بودند، شناسایی و جلسه توجیهی گروهی (که شامل ارزیابی هدف بود) از افرادی که تمایل به شرکت در آزمون داشتند آزمون گرفته و افراد واجد شرایط (معیار ورود و خروج) در گروه مورد بررسی دعوت بعمل آمد. گروه نمونه شامل ۳۰ نفر شرکت کننده به صورت دسترس از بیماران انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند که بعد از ریزش در طی درمان به ۲۴ نفر تقلیل یافت که در دو گروه آموزش گروه درمانی شناختی و گروه کنترل قرار گرفتند. نتایج یافته‌ها با استفاده از

شناختی قرار گرفتند، این درمان بر مبنای کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی مایکل فری [۱۸] برای ۶ جلسه برنامه ریزی شده بود. به این صورت که بیماران هفته‌ای به صورت گروهی با درمانگر ملاقات و در ابتدا در مورد مسائل و مشکلات پیش آمده و افکار و هیجانات خود صحبت می‌کردند و یک ماه بعد از درمان به پرسشنامه‌های پژوهش به صورت پیگیری پاسخ دادند (جدول ۱).

شامل ۷ سؤال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوالهای مربوط به آن به دست می‌آید.

معرفی برنامه مداخله‌ای

محتوای تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه توسط یک روانشناس آموزش دیده طراحی و اجرا گردید و گروه آزمایش در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون افسردگی بک به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند و گروه آزمایش تحت آموزش درمان

جدول ۱: گام‌های درمانی انجام شده در زمان برگزاری جلسه‌های درمان گروه درمانی شناختی

جلسه ۱	در طول جلسه اول قوانین گروه توضیح داده شد و، تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ مولفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی؛ شناسایی افکار سطحی اولیه که بین واقعه و واکنش هیجانی آموزش داده شد علاوه مهم‌ترین هدف این جلسه آشنایی و نوشتن جدول سه ستونی رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B)، پیامد و واکنش هیجانی (C) در این جلسه داده شد.
جلسه ۲	آموزش نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم و رفتارهای مخاطره‌آمیز؛ آموزش باورها و افکار کارآمد و ناکارآمد؛ شناخت باورهای ناکارآمد؛ ارزیابی باورهای ناکارآمد؛ آشنایی با تحریفات شناختی در تفکر و رفتار و عملکرد؛ آشنایی با مقاومت‌ها و دفاع‌ها
جلسه ۳	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحواره‌ها باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.
جلسه ۴	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره‌های منفی خود با آن روبرو می‌شوند و توانا ساختن شرکت کنندگان در شناسایی ده نوع طرحواره منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه آموزش داده شد.
جلسه ۵	دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای و منفی؛ رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها، پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند به شرکت کنندگان آموزش داده شد [۱۸].
جلسه ۶	درک سودمندی باورها و ارزیابی براساس معیارها و یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود و در جلسات نهم و دهم، دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف و دو حوزه محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری آموزش داده شد. در دو جلسه آخر، یادگیری روش تنبیه خود و خودپاداشدهی و بررسی طرح‌های شرکت کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آنها درباره برنامه درمانی آموزش داده شد.

نتایج

متغیر دیگر بود. در متغیر وضعیت شغلی بیماران خانه دار بیشتر از بیماران شاغل بود. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ آورده شده است. طبق نتایج جدول، تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل وجود داشت که این تأثیر در دوره پیگیری نیز باقی ماند. در متغیر افسردگی نمرات هر دو گروه بیانگر این بود که افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلیروزیس در حد شدید بوده است که در مراجعان گروه درمانی شناختی بعد از آموزش ۷ نمره کاهش پیدا کرده و در سطح شدید قرار گرفتند که این اثربخشی تا حد کمی در دوره پیگیری باقی ماند و با عود دردهای جسمانی بیماری دو نمره افزایش داشت.

این مطالعه بر روی ۲۴ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید، که هریک از گروه‌ها شامل ۱۲ نفر بود. حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها سیکل بود. مشخصات دموگرافیک گروه مورد بررسی در جدول ۲ قابل مشاهده است.

دامنه سنی افراد شرکت کننده در آزمایش بین ۲۶ الی ۴۸ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۷۵ و گروه کنترل ۳۵/۰۵ سال بود. با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان گفت میزان آزمودنی‌های مجرد (مطلقه، متارکه) در گروه آزمایش بیشتر از متأهل بود و دلیل اینکه مطلقه و متارکه به صورت جداگانه بررسی نشد بار ارزشی این مفاهیم بود که در ارتباط بین درمانگر و بیمار خللی ایجاد می‌کند و در گروه کنترل وضعیت تأهل هر دو گروه برابر بود.

در متغیر تحصیلات افراد مقطع دیپلم در هر دو گروه بالاتر از ۲

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک گروه‌های مورد بررسی

P-Value	گروه کنترل، میانگین (درصد)	گروه آزمایش، میانگین (درصد)	وضعیت تأهل
۰/۴۰۶	(۵۰) ۶	(۵۸/۳۳) ۷	مجرد (مطلقه، متارکه)
	(۵۰) ۶	(۴۱/۶۷) ۵	متأهل
۰/۰۰۵	(۲۵) ۳	(۱۶/۶۷) ۲	تحصیلات
	(۴۱/۶۷) ۵	(۵۰) ۶	سیکل
	(۳۳/۳۳) ۴	(۳۳/۳۳) ۴	دیپلم سواد دانشگاهی
۰/۰۰۱	(۷۵) ۹	(۵۸/۳۳) ۷	وضعیت شغلی
	(۲۵) ۳	(۴۱/۶۷) ۵	خانه دار شاغل
۰/۰۳۱	۳/۴۵ ± ۳۵/۰۵	۳/۳۷ ± ۳۴/۷۵	سن، میانگین ± انحراف معیار

جدول ۳: شاخص‌های آماره‌های سلامت روان در گروه‌های مورد بررسی

گروه کنترل	گروه آزمایش	شاخص‌ها
افسردگی		
۳/۳۶ ± ۲۸/۶۵	۳/۳۷ ± ۲۷/۳۸	پیش آزمون
۳/۱۳ ± ۲۷/۲۴	۲/۶۵ ± ۲۰/۱۱	پس آزمون
۳/۱۷ ± ۲۷/۲۶	۳/۴۶ ± ۲۲/۲۷	پیگیری
اضطراب		
۲/۷۶ ± ۲۹/۶۴	۳/۷۶ ± ۳۱/۶۳	پیش آزمون
۳/۹۴ ± ۳۰/۶۶	۳/۶۶ ± ۲۴/۷۱	پس آزمون
۳/۱۲ ± ۳۰/۰۷	۳/۱۲ ± ۲۴/۳۸	پیگیری
استرس		
۲/۲۸ ± ۲۸/۲۹	۳/۳۴ ± ۳۰/۹۴	پیش آزمون
۲/۴۳ ± ۲۸/۵۴۵	۳/۱۹ ± ۲۶/۲۶	پس آزمون
۳/۳۶۴ ± ۲۹/۶۳۷	۲/۶۰ ± ۲۵/۳۶	پیگیری

اطلاعات در جدول به صورت میانگین ± انحراف معیار آمده است.

جدول ۴: آزمون مفروضه بهنجار بودن توزیع برای اندازه گیری برحسب گروه

گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌ها	
سطح معناداری	درجه آزادی	شای پروولیک	سطح معناداری	درجه آزادی	شای پروولیک
افسردگی					
۰/۶۴	۲۴	۰/۸۶	۰/۱۳	۲۴	۰/۹۰
۰/۵۸	۲۴	۰/۸۸	۰/۳۴	۲۴	۰/۹۵
۰/۶۷	۲۴	۰/۹۱	۰/۲۹	۲۴	۰/۹۵
اضطراب					
۰/۷۱	۲۴	۰/۸۳	۰/۰۹	۲۴	۰/۹۲
۰/۷۸	۲۴	۰/۸۸	۰/۰۵	۲۴	۰/۹۶
۰/۷۸	۲۴	۰/۸۹	۰/۲۸	۲۴	۰/۹۴
استرس					
۰/۴۳	۲۴	۰/۹۰	۰/۱۳	۲۴	۰/۹۳
۰/۵۱	۲۴	۰/۹۱	۰/۴۱	۲۴	۰/۹۵
۰/۵۳	۲۴	۰/۹۲	۰/۴۱	۲۴	۰/۹۴

با توجه به اینکه در گروه کنترل نیز در دوره پیگیری نمره افسردگی بیماران بالاتر رفته بود ($P < 0/01$). می‌توان گفت شدت درگیر شدن با بیماری باعث درگیر شدن متغیرهای شناختی، رفتاری و شناختی افسردگی با بیماری مولتیپل اسکلیروزیس شده که این موجب کاهش سلامت روان و افزایش افسردگی در بیماران شده است. نمرات متغیر اضطراب در گروه آزمایش بالاتر از متغیر افسردگی بود که بعد از درمان کاهش معناداری داشت که این کاهش در دوره پیگیری نیز حفظ شد

و تغییر معناداری در نمرات گروه کنترل مشاهده نشد. در متغیر استرس نمرات پس آزمون در گروه آزمایش تغییر ۴ نمره‌ای داشت که در دوره پیگیری نیز حفظ شد ($P < 0/01$). پس از بررسی پیش فرض‌های آزمون واریانس (نرمال بودن متغیرها) در غالب یک طرح آنوای آمیخته، برای بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شایپرو ولیک نشان داد داده‌ها نرمال می‌باشند که نتایج در **جدول ۴** و **۵** قابل مشاهده است.

جدول ۵: آزمون لوین برای برابری واریانس‌های خطا

سطح معناداری	df2	df1	f	افسردگی
۰/۰۸	۴۶	۱	۸/۳۴	پیش آزمون
۰/۰۳	۴۶	۱	۱۴/۹۷	پس آزمون
۰/۰۶	۴۶	۱	۱۳/۱۶	پیگیری
				اضطراب
۰/۹۲	۴۶	۱	۰/۰۱	پیش آزمون
۰/۸۷	۴۶	۱	۰/۱۸	پس آزمون
۰/۴۹	۴۶	۱	۰/۴۱	پیگیری
				استرس
۰/۴۲	۴۶	۱	۴/۱۴	پیش آزمون
۰/۵۳	۴۶	۱	۱۶/۳۶	پس آزمون
۰/۵۱	۴۶	۱	۱۷/۰۶	پیگیری

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلیروزیس بود، به عبارتی دیگر، استقلال و توانایی را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه کاهش می‌دهد. هاوسلیتر، برون، و جاکل اذعان دارند که میلیون‌زادی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین، و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد و افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در بسیاری از بیماری‌های طبی مطرح است و از طرفی اضطراب نیز در صورت عدم درمان باعث استمرار بیماری قلبی می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر بیماران ام اس بود که این تأثیر در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های دربو و همکاران [۱] مبنی بر اینکه درمان شناختی بر اختلالات خلقی و اضطرابی بیماران تأثیر می‌گذارد با نتایج این پژوهش که نشان داد رفتاردرمانی

شناختی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر است همسوست. نتایج مطالعات آنتونی [۲۶]، لی و همکاران [۲۷]، سربوآستاوا و تالوکویدر و لاکن [۲۸]، چندقی، نشاط دوست، کلانتری و جیل عاملی [۲۹]، دهشیری [۳۰] که بر روی سلامت روان بیماران دچار مشکلات جسمی و روانی انجام گرفت با نتایج مطالعات حاضر همسوست، چرا که در بیماران ام اس افسردگی و اضطراب در عود علائم بیماران تأثیر دارد و از مهمترین عامل بهبودی در بیماران سلامت روان بالا در آنان است.

نتایج پژوهش زمانی و همکاران [۲] که بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلیروزیس 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 که می‌توان با پژوهش حاضر همسو دانست که تأثیر مداخله رفتاردرمانی شناختی در دوره پیگیری نیز حفظ گردید. نتایج پژوهش روت، فوناگی اثربخشی این درمان را در درمان افسردگی بدون در نظر گرفتن دوره پیگیری مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که گروه درمانی

نتیجه گیری

عدم دسترسی به بیماران با شدت بیماری متفاوت، محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از مادرانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند، در نهایت، این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود. بنابراین، یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثر بخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مد نظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثر بخشی این رویکرد در بیماری‌های مختلف نیز مطالعه گردد.

سپاسگزاری

نویسنده مقاله وظیفه خود می‌داند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه همکاران و از مشاوره آماری مقاله جناب آقای دکتر محمدرضا بختیاری و سوپروایزر گروه درمانی شناختی جناب آقای اکبری کمال سپاسگزاری را داشته باشد.

References

- Drew M, Tippett LJ, Starkey NJ, Isler RB. Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: a descriptive study. *Arch Clin Neuropsychol.* 2008;23(1):1-19. DOI: [10.1016/j.acn.2007.09.005](https://doi.org/10.1016/j.acn.2007.09.005) PMID: [17981008](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17981008/)
- 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.
- Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet.* 2008;372(9648):1502-17. DOI: [10.1016/S0140-6736\(08\)61620-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61620-7) PMID: [18970977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18970977/)
- Murray ED, Buttner EA, Price BH. Depression and Psychosis in Neurological Practice. In: Daroff R, Fenichel G, Jankovic J, Mazziotta J, editors. *Bradley's neurology in clinical practice.* 6th ed 2012.
- Vosoughi R, Freedman MS. [Therapy of MS. *J Neurol neuros.* Atlas Mult. 2008;112:85-365.
- Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. *J Clin Psychol.* 2014;6(1):29-38.
- Campbell A, Vonverse PE, Rogers WL. *The quality of American Life.* New York: Russell Sage; 1976.
- Sadock BJ, Sadock AS, Sadock PRB. Kaplan and Sadock comprehensive Text book of psychiatry 2012.
- Heesen C, Mohr DC, Huitinga I, Bergh FT, Gaab J, Otte C, et al. Stress regulation in multiple sclerosis: current issues and concepts. *Mult Scler.* 2007;13(2):143-8. DOI: [10.1177/1352458506070772](https://doi.org/10.1177/1352458506070772) PMID: [17439878](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17439878/)
- Hakimjavadi M, Lavasani MGH, Haghghatgi M, Zebardast O. Relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteran children. *IJWPH.* 2010;3(1):9-16.
- Zamani N, Habibi M. Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on mental health in the mother of Children with Special need's. *J Res Health Soc Develop Health Prom Res Center.* 2015.
- Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1992;60(6):916-26. PMID: [1460153](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1460153/)
- Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. *J Intellect Disabil Res.* 2003;47(Pt 4-5):231-7. PMID: [12787155](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12787155/)
- Zamani N, Ahmadi V, Ataie Moghanloo V, Mirshekar S. [Comparing the effectiveness of two therapeutic methods: Dialectical behavioral therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from major depressive disorder who are showing a tendency to suicide]. *J Ilam Univ Med Sci.* 2014;22(5):45-54.
- Barron LW. Effect of religious coping skills training with group cognitive-behavioral therapy for treatment of depression. USA: College of Psychology, Northcentral University; 2007.

شناختی به روش مایکل فری در کاهش اختلالات خلقی زنان متأهل موثر است [۱۸] و از آن جایی که این پژوهش بر روی زنان بیمار انجام گرفت می‌توان گفت در این موضوع مشترک است و باعث کاهش اختلال افسردگی و اضطراب شده است. پژوهش‌های راش، بک و کوواک و هولن در مقایسه درمان‌های مبتلا به اختلال افسردگی مزمن نشان داد شناخت درمانی تأثیر بیشتری در درمان افسردگی و اختلالات خلقی افراد دارد [۲۱]. شناخت درمانی باورهای هیجانی را کمتر از باورهای عقلانی تغییر می‌دهد [۲۰] و این نتایج را می‌توان با نتایج این پژوهش همسو دانست.

این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است و با توجه به اثربخشی گروه درمانی شناختی در بهبود افسردگی، اضطراب و استرس، این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه دائم اجرا شود. از نوآوری این پژوهش تأکید بر دردهای هیجانی بیماران بود که با دردهای جسمانی تلفیق شده و امکان تبدیل و گذر به دردهای هیجانی بود. از نوآوری این پژوهش جلسات محدود در کنار درمان پزشکی بیماران بود که به صورت گروهی انجام گرفت و طبق نتایج انجام شده در گروه درمانی، گروه‌هایی گروهی تأثیر بسزایی در کاهش دردهای بیماران جسمی مزمن دارد.

16. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. USA: College of Psychology, University of Denver; 2006.
17. Alavi KH, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fadardi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *J Fundament Mental Health*. 2011;13(2):124-35.
18. Kahrizi E, Aghayousefi A, Mirshahi M. [Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy in Reducing Depression]. *Tought Behav Clin Psychol*. 2012;6(22):21-30.
19. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on Acceptance and Commitment) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors]. *J Arak Univ Med Sci*. 2014;17(92):53-61.
20. Davidson KM. [Cognitive therapy for personality disorders: agued for therapists]. Tehran: Roshd; 2004.
21. Free M. [Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice]. Tehran: Roshd; 2001.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed 2013.
23. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3):335-43. [PMID: 7726811](#)
24. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess*. 1998;10(2):176.
25. Samani S, Jokar B. [Reliability and validity of depression, anxiety, and stress scale-DASS]. *J Soci Sci Mumanist*. 2007;26(3):65-75.
26. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2009;23(5):580-91. [DOI: 10.1016/j.bbi.2008.09.005](#) [PMID: 18835434](#)
27. Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res*. 2007;62(2):189-95. [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2006.09.009](#) [PMID: 17270577](#)
28. Srivastava M, Talukdar U, Lahan V. Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complement Ther Clin Pract*. 2011;17(4):241-5. [DOI: 10.1016/j.ctcp.2011.04.007](#) [PMID: 21982141](#)
29. Jandaghi F, Neshat-Doost HT, Kalantari M, Jabal-Ameli S. [The Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management Group Training on Anxiety and Depression of Addicts under Methadone Maintenance Therapy (MMT)]. *J Clin Psychol*. 2013(4):41-50.
30. Dehshiri GR. The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy on Anxiety and Worry of People with Generalized Anxiety Disorder. *J Clin Psychol*. 2012;4(2):19-28.