

Evaluation of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Islamic Teachings in Reducing Anxiety Thoughts, Increasing Resilience and life Expectancy in Women with MS and Depression in Tehran

ARTICLE INFO

Article Type
Research Article

Authors

Fatemeh Maghsud Lu¹
Gholamreza Sanagouye Moharar^{2*}
Mahmoud Shirazi³

How to cite this article

Fatemeh Maghsud Lu, Gholamreza Sanagouye Moharar, Mahmoud Shirazi, Evaluation of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Islamic Teachings in Reducing Anxiety Thoughts, Increasing Resilience and life Expectancy in Women with MS and Depression in Tehran, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(4): 108-120.

1. PhD. Student of Psychology, Department of Psychology, ZahedanBranch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

2. Department of Psychology, ZahedanBranch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran (Corresponding Author).

3. Associated Professor, Faculty of Educational and Psychology, Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: reza.sanagoo@gmail.com.

Article History

Received: 2021/09/23

Accepted: 2021/10/31

ABSTRACT

Porpuse: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-havioral therapy in reducing anxiety thoughts, increasing resilience and life expectancy in women with MS and depression in Tehran.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental study with pre-test-post-test design and follow-up with the control group and using the selection of subjects in the experimental and control groups. The statistical population of the present study consisted of all women with MS, members of the MS Association of Tehran in the second half of 2020, who had a record and their disease was caused by MS. R. They were diagnosed as a specialist and their type of disease was recurrent-progressive. The sample of the present study was selected from 30 people by purposive sampling method and randomly assigned to experimental groups(n=15) and control(n=15). The experimental group was exposed to cognitive-behavioral therapy for 8 sessions of 1 and a half hours and no intervention was performed for the control group. The research instruments included Schneider et al.'s(1991) Hope Scale Connor and Davidson(2003) and the Wells Anxiety Thoughts Scale(1994). In this study, multivariate and univariate analysis of covariance, repeated measures analysis of variance have been used.

Finding: The results showed that cognitive-behavioral therapy is effective in reducing anxiety thoughts, increasing resilience and life expectancy in women with MS and depression in Tehran(0.001).

Conclusion: suggested that cognitive-behavioral therapy be used to reduce anxiety thoughts, increase resilience and life expectancy in women with MS and depression.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Anxiety Thoughts, Resilience, Life Expectancy, Women, MS, Depression

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۱۵

*نویسنده مسئول: reza.sanagoo@gmail.com

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه های اسلامی در کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام. اس و افسردگی در شهر تهران

فاطمه مقصدلو^۱

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

غلامرضا شناگو^{۲*}

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

محمود شیرازی^۳

دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام. اس و افسردگی در شهر تهران است.

موارد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به ام. اس شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که دارای پرونده بوده و بیماری آنان توسط ام. آر. آی و پزشک متخصص تشخیص داده شده و نوع بیماری آن‌ها عود کننده- پیشرونده بود. نمونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱/۵ در معرض درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله ای انجام نگرفت. ابزار پژوهش شامل مقیاس امید شنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) بود. این پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیری، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام. اس و افسردگی در شهر تهران مؤثر است (۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: به منظور کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام. اس و افسردگی، از درمان شناختی- رفتاری استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، افکار اضطرابی، تاب‌آوری، امید به زندگی، زنان، ام. اس، افسردگی.

مقدمه

ام. اس یک بیماری التهابی، مزمن و خود ایمن است که با از بین رفتن غالف میلین دستگاه عصبی مرکزی همراه است (۱). علامت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (۲). بیماران مبتلا به بیماری‌های ناتوان کننده مزمن مثل ام. اس با مشکلات وابسته به بیماری‌شان نیز رو به رو هستند و این مشکلات سبب افزایش عوارض ثانویه و محدودیت زندگی مستقل گردیده که در نهایت تأثیر منفی بر زندگی آن‌ها دارد. این بیماری بر کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بیماران تأثیر دارد و به طور کلی کیفیت زندگی آن‌ها پایین است و این موضوع باعث افسردگی آن‌ها می‌شود. افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی در بیماران ام. اس می‌باشد و دوره‌های افسردگی اساسی درمان نشده، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند و بیش از ۶۰ درصد از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند (۳). افسردگی در این بیماران بیشتر با عصبانیت، تحریک پذیری، نگرانی و نداشتن شجاعت به جای انتقادپذیری، دوری و از دست دادن علاقه مشخص می‌شود، به طوریکه یک مطالعه میزان خودکشی این افراد را هفت برابر گزارش کرده است. حدود یک سوم این بیماران در بیشتر طول زندگی‌شان افکار خودکشی داشته‌اند (۴). یکی از مشکلاتی که در حوزه روان این افراد رخ می‌دهد اضطراب می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون استرس و اضطراب می‌باشند. یک مطالعه توسط بیسک^۱ و همکاران (۵) در نروژ، بر روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به ام اس نشان داد، ۱۹٪ بیماران مبتلا به ام اس از اضطراب شاکی بودند؛ به طوری که شیوع اضطراب در این بیماران بطور معنی داری از جمعیت عادی بیشتر بود. (۶) در پژوهش خود نشان دادند که بیماران مبتلا به ام اس از سطوح بالای اضطراب برخوردارند که عواملی مانند تاهل و تحصیلات نقش کاهنده اضطراب را دارا هستند و همچنین اضطراب با کاهش خودمراقبتی در این افراد همراه است. (۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس از میزان بالایی برخوردار است و اضطراب در این افراد با کاهش کیفیت زندگی و همچنین کیفیت خواب همراه است.

از دیگر عواملی که در این بیماری می‌تواند مختل شده و همچنین می‌تواند به عنوان تاب‌آوری اشاره کرد. به طور کلی، تاب‌آوری شاخص سازگارانه خوبی است که هنگام مواجهه با فجایع مصیبت آمیز از قبیل وقایع آسیب زا یا فقر مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸). افراد تاب آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ نمایند. به طور کلی، اشخاص تاب آور به احتمال بیشتری از مهارت‌های مقابله ای استفاده می‌کنند.

¹ Beiske

اهداف، فعالیت و روش‌ها می‌بایست موثر باشند (۱۵). افراد مختلف تعاریف متفاوتی از امید ارائه کرده‌اند فاربس^۱ (۱۹۹۸) امید را تفکری پویا درباره‌ی دست‌یابی به هدف مطلوب می‌داند. هس^۲ (۱۹۸۳) امید را بعنوان یک نیاز مهم معنوی معرفی می‌کند، امید فرآیندی تجربه‌کردنی، معنوی یا ماوراء الطبیعی، فرآیند افکار منطقی و همچنین فرآیندی ارتباطی است. فرانکل^۳ (۱۹۵۹) معتقد است امید به زندگی معنا و ارزش می‌بخشد (۱۶). امید به زندگی یک معیار مهم جهت تأثیر مرگ و میر در طول عمر و منعکس‌کننده بیماری در یک جمعیت است (فن، لیکه، لیو، وانگ و وانگ^۴، ۲۰۱۴). امید از جمله مفاهیمی که در رویارویی با مشکلات و تنش‌ناشی از آن نقش مهمی دارد و به عنوان یک عامل بالقوه قدرتمند در بهبود و سازگاری بیماران موثر است. به عبارتی امید به زندگی واقعی توأم با برنامه، هدف و مقصود می‌شود و نشانه سلامت روان است و بدون ارتقای آن زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی فراهم نمی‌شود (۱۷). امید در بر دارنده تصورات و توجه افراد به آینده است، امید مفهومی متوجه به آینده است. بنابراین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام‌اس اگر آینده را باور داشته باشند، موجب برخورداری از زندگی مطلوب و امیدواری در این بیماران افزایش خواهد یافت. برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فایق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست، با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (فاران، هرت و پوپوویچ^۵، ۱۹۹۵).

موتیل اسکلروزیس (ام‌اس) بعد از تصادفات منجر به آسیب^۶، یکی از دلایل ناتوانی‌های نورولوژیکی^۷ در بالغین جوان است. این بیماری معمولاً زمانی ظاهر می‌شود که بیماران در سنین بین ۲۰ تا ۳۰ خود هستند. زمانی که آن‌ها در آغاز راه کار و تشکیل خانواده می‌باشند (۱۸). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی متعددی نیز رو به رو می‌شوند که این عوامل روانی متقابلاً بیماری آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهد (۱۲). تحقیقات رنج روانی زیادی را در ارتباط با بیماری‌ام‌اس نشان می‌دهد. افرادی که برای آن‌ها تشخیص ام‌اس داده می‌شود، نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند. که البته کار ساده‌ای نیست و نیاز به آموزش دارد. این بیماری بر کیفیت زندگی مربوط به سلامتی بیماران تأثیر دارد و به طور کلی کیفیت زندگی آن‌ها پایین است و این موضوع باعث افسردگی آن‌ها می‌شود (۱۹). ام‌اس نه تنها بر کارکرد نظام حسی و حرکتی اثر می‌گذارد؛ همچنین ممکن است موجب ایجاد نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی متعددی مثل افسردگی^۸ و پریشانی، کیفیت زندگی پایین، همچنین مشکلات روانشناختی متعددی مثل خستگی مزمن^۹، خودکشی^{۱۰}،

استفاده خاص از راهکارهای مقابله‌ای فعال از قبیل: رفتارهای مراقبت از خود، احتمال دچار شدن به بیماری را کم کرده یا موجب می‌شود که افراد از پیشنهادات مراقبت‌های بهداشتی پیروی کنند (۹). تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی روانی در برابر مشکلات روانی-اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد. تاب‌آوری می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی تقویت گردد. مهارت‌هایی از قبیل برقراری ارتباط، مهارت‌های رهبری، حل مسأله، مدیریت منابع، توانایی رفع موانع موفقیت و توانایی برنامه‌ریزی (۱۰).

تاب‌آوری توانایی افراد یا گروه‌ها برای پیش‌برد و حل مشکلات در مواقع سختی و یا توانایی افراد برای تداوم بهزیستی روانی و فیزیکی در صورت وجود بدبختی و مصائب و توانایی سازگاری افزایش‌یافته در حین رویداد استرس‌زا می‌باشد (۱۱). تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط نامطلوب است. تاب‌آوری به معنای مقاومت فعل‌پذیر در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (۱۲). تاب‌آوری به ظرفیت سازگاری موفقیت‌آمیز با وجود چالش‌ها اشاره دارد. تاب‌آوری به معنای توانایی بهبود یافتن می‌باشد. از لحاظ روان‌شناسی تاب‌آوری در یک فرد نشان‌دهنده مقابله با استرس و سختی، سپس بازگشت به تندرستی و حالت طبیعی، شاید حتی بهتر از قبل می‌باشد (۱۳) (۱۴) در پژوهش خود گزارش نمودند که افراد مبتلای به تاب‌آوری بالا در مقایسه با افراد مبتلا به ام‌اس با تاب‌آوری پایین از میزان بیشتر کیفیت زندگی، خودمراقبتی و همچنین میزان کمتر خستگی برخوردار بودند. امید به زندگی نیز از متغیرهایی است که می‌تواند در این بیماران به عنوان یک عامل محافظتی و همچنین مراقبتی مطرح شود، علی‌رغم اینکه این بیماری با تأثیرات مخربی در سطوح امید به زندگی همراه است. امید یک مفهوم تک بعدی است که برداشت کلی از آن نیل به هدف را در بردارد. امید به عنوان آرزویی مثبت جهت دست‌یابی به اهداف توصیف شده است که در سازگاری و سلامت روانی و جسمی از اهمیت خاصی برخوردار است. برخی مطالعات امید را به عنوان سازه‌ای انگیزشی و برخی آن را بعنوان پدیده‌ای شناختی مورد توجه قرار داده‌اند. مطالعات اخیر با تأکید بر اهمیت اهداف، درک ما را از مفهوم امید وسیع‌تر کرده است. اشنايدر برخلاف مطالعات اولیه که امید را ساختاری تک بعدی معرفی کردند، برای آن پیچیدگی بیشتری در نظر گرفتند او امید را پدیده‌ای دوبعدی توصیف کرد. نوعی روند فکری که دارای دو جزء هدفمند اساسی روش‌ها و فعالیت است و هردو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری است. در ساده‌ترین شکل، روش‌ها، طرح‌های هدفمند و فعالیت‌ها اراده‌ای هدفمند را شامل می‌شود و به عقیده‌ی اشنايدر این دو بعد امید مترادف نیستند اما دوجانبه، افزایشی و باهم مرتبط هستند و جهت ادامه‌ی حرکت به سوی

6. trauma

7. neurological

8. depression

9. chronic fatigue

10. suicide

1. Farbes

2. Hess

3. Francel

4. Fan, Ligu, Liu, Wang, Wang

5. Farran, Herth, Popovich

افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی در شهر تهران اثربخش می‌باشد؟

پیشینه تحقیق

در پژوهشی (۲۴) به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز پرداختند. نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی- رفتاری و آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد. در پژوهشی (۲۵) به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک پرداختند. یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب‌آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی بیماران آسماتیک موثر بود. در پژوهشی (۲۶) به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (CBT) و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) بر تاب‌آوری و کیفیت خواب زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا پرداختند... بنابراین، توصیه می‌شود تا پزشکان در درمان این سندرم به درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری نیز توجه داشته باشند. (۲۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی پرداختند. نتایج حاصل از شاخص درصد بهبودی بلانچارد و اسکوآرز نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی تأثیر دارد. در پژوهشی (۲۸) به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. بنابراین، درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان معنادار است. در پژوهشی (۲۹) به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی پرداختند... نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که بین میانگین نمرات کنترل عواطف از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین درمان شناختی - رفتاری بر ارتقای کنترل عواطف بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بود. در پژوهشی (۲۹) به بررسی تأثیر برنامه آموزشی روانی گروهی شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری روانی، باورهای غیرمنطقی و بهزیستی پرداختند. در نتیجه تجزیه و تحلیل‌ها، نتیجه گرفته می‌شود که افزایش سطح تاب‌آوری روانشناختی و کاهش سطح باورهای غیر منطقی دانش‌آموزانی که بر اساس رویکرد رفتاری شناختی در برنامه آموزش روانشناختی شرکت کرده‌اند، وجود دارد. نتیجه گیری می‌شود که هیچ تغییری در رفاه ذهنی دانش‌آموزان قبل و

خود آسیب‌رسانی^۱، اضطراب^۲ و تحریک‌پذیری گردد (۱۷). بنابراین طراحی و اجرای مداخلات درمانی جهت کاهش اختلالات هیجانی این بیماران امری لازم است. یکی از درمان‌هایی که امروزه به صورت گسترده‌ای در مشکلات و اختلالات روانپزشکی و روانشناختی مورد استفاده قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری است. مبنای نظری درمان شناختی- رفتاری بر این اصل استوار است که خودکنترلی رفتاری در نتیجه افزایش مهارت‌های شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند تکانه‌های خود را کنترل کند و رفتارهای خود را جهت دهد (۲۰). درمان رفتاری شناختی بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر بسزائی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است، تحقیقات علمی گسترده نشان داده‌اند که تغییر در روش رفتار و افکار شخص می‌تواند تأثیرات بنیادی بر حالات عاطفی شخصی داشته باشد. درمان رفتاری شناختی از اقدام تنظیم شده و خیلی دستوری استفاده کرده و به شخص می‌آموزد که الگوهای ناپه‌نجا عمل و رفتاری را جستجو کرده، تشخیص داده و تحلیل کند. به محض اینکه این الگوهای بی‌فایده تشخیص داده شوند درمان کننده به بیماران می‌آموزد که چگونه با آن مقابله کرده و افکار و رفتارشان را بازسازی کنند. رفتار مبتنی بر منطق و تفکر متکی بر واقعیت می‌شود (۲۱).

درمان رفتاری شناختی روشی براساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی است که به وسیله روان‌شناسان و درمان‌کننده‌ها جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنج‌های عاطفی و همچنین مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری استفاده می‌شود. درمانگرهای رفتاری شناختی مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار ناپه‌نجا و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می‌کند. این نوع درمان می‌تواند توسط افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها هدایت شود. مسائلی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، شرمندگی، عزت نفس پائین، تطبیق مشکلات، آشفتگی خواب، و فشارها و ضربه‌های روحی گذشته عنوان می‌شوند (۲۲).

بیماری ام اس در جهان و به ویژه در کشورهای پیشرفته با سرعت زیادی رو به افزایش است و دلیل آن نامعلوم است و متأسفانه باید گفت که بیشتر مبتلایان در سنین هستند که بالاترین فعالیت فیزیکی را دارند و بیماری ضربه سنگینی به زندگی آن‌ها می‌زند و باعث از دست رفتن استقلال فردی و محدودیت در فعالیت‌های اجتماعی وی می‌شود که این امر منجر به کاهش پایدار کیفیت زندگی می‌گردد. هزینه اجتماعی و درمانی هر بیمار ۲/۴ میلیون دلار است. با دلایل فوق و این که عموم مردم برداشت صحیح و منطقی از ام اس ندارند، برخورد مناسبی با این بیماری صورت نمی‌گیرد. تقریباً ۲/۵ میلیون بیمار مبتلا به ام اس در جهان زندگی می‌کنند (۲۳). با توجه به مطالب مطرح شده، محقق در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی،

². anxiety

¹. self injury

بعد از درخواست ایجاد نمی شود. در پژوهشی (۲۹) به بررسی درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات اضطرابی پرداختند. برای اکثر مردم، اضطراب بخشی از زندگی روزمره است. دیگران اضطراب شدید یا مداوم را تجربه می کنند و این اضطراب منجر به مشکلاتی در روابط شخصی می شود یا در توانایی آنها در کار یا مدرسه اختلال ایجاد می کند. اضطرابی که باعث تداخل در زندگی، ناراحتی عاطفی و اختلال در عملکرد می شود اغلب نشان دهنده تشخیص اختلال اضطرابی است. با استفاده از درمان شناختی رفتاری (CBT) می توان آن را کاهش داد. در پژوهشی (۳۰) تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در مدیریت بیماری ام اس که در ۳۰ بیمار بزرگسال در قالب دو گروه آزمایش و کنترل انجام دادند گزارش نمودند که درمان شناختی رفتاری با اثربخشی معناداری در بهبود نمرات ادراک درد و همچنین خودمراقبتی این بیماران همراه بود.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس عضو شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که دارای پرونده بوده و بیماری آنان توسط ام. آر. آی و پزشک متخصص تشخیص داده شده و نوع بیماری آن‌ها عود کننده - پیشرونده بود. تعداد این بیماران برابر با ۳۰۰ نفر است. نمونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های استاندارد شده استفاده شد: پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر: یکی از ابزارهایی که تاکنون جهت سنجش امید تهیه شده است، مقیاس امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) است که شامل مقیاس ویژگی امید THS (۱۹۹۱)، مقیاس امید کودکان CHS (۱۹۹۳) و مقیاس امید حالت shs (۱۹۹۶) است در این پژوهش از مقیاس ویژگی امید استفاده شد. اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) براساس نظریه‌ی امید، اشنایدر مقیاسی تهیه کردند که امید فرد را به عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً ثابت مورد ارزیابی قرار می دهد این مقیاس در مورد همه‌ی افراد از جمله بیماران روانی به کار می رود، این مقیاس برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد (به نقل از کاظمی و نامداری، ۱۳۸۷). این مقیاس ۱۲ سؤال دارد که دو عامل اصلی تفکرراهیاب (مسیرهای دست یابی به اهداف) و تفکرعامل (اراده برای دست یابی به هدف) را شامل می‌شود. (۳۱) در تحلیل عاملی این مقیاس به دو عامل اصلی دست یافتند که هر دو بر روی هم ۰/۵۱ از واریانس امید را تعیین می‌کردند. تحلیل عاملی توسط وال و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که دو عامل تفکر عامل و تفکر راهیاب ساختارهای متفاوتی هستند که روی هم ساختار کلی امید را منعکس می‌کنند (به نقل از کاظمی و نامداری، ۱۳۸۷). پرسش‌نامه مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC): این پرسش‌نامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی

۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپائی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلالات اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن است که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است (پورسردار، ۱۳۹۱). کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). - مقیاس افکار اضطرابی: این مقیاس توسط ولز (۱۹۹۴) ساخته شده و افکار اضطرابی را در سه مقیاس اضطراب اجتماعی، اضطراب جسمانی و اضطراب نگرانی (فرانگرانی) می‌سنجد. مقیاس افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) یک ابزار چندبعدی ارزیابی نگرانی‌ها است. ماده‌های این پرسشنامه از مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پانیک به دست آمده است. سایر ماده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه وسواسی جبری مادزلی و پرسشنامه اضطراب صفت برگرفته شد. این پرسشنامه را ۲۰ نفر از روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد بررسی قرار داده و روایی محتوایی آن را تأیید نمودند. پایایی آن با اجرا بر روی ۶۰ دانش آموز به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب فرانگرانی ۰/۶۸ به دست آمد.

یافته ها

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می باشد. بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، اثر کلی متغیر آزمایشی مورد بررسی قرار گرفت. سپس، به منظور تعیین این که اثر متغیر آزمایشی در هر یک از متغیرهای وابسته به صورت جداگانه دارای تفاوت معنی دار

است، آزمون های تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام شد. نتایج این آزمون ها در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون افکار اضطرابی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	منابع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
افکار اضطرابی	گروه	۱۲۷۲/۱۷۶	۱	۱۲۷۲/۱۷۶	۲۲/۱۸۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۵
	پیش آزمون	۱۰/۱۹۸	۱	۱۰/۱۹۸	۰/۶۸۹	۰/۰۸۸	
	واریانس خطا	۱۲۱۸/۱۰۹	۲۶	۴۶/۸۵۰			
	واریانس کل	۲۷۱۹۸/۵۴۱	۳۰				

و کنترل را در متغیرهای وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. جدول شماره ۲ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته افکار اضطرابی را در گروه های آزمایشی و کنترل، در پس آزمون، نشان می دهد.

بر اساس جدول شماره ۱، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیر افکار اضطرابی ($F = ۲۲/۱۸۷$ و $p = ۰/۰۰۱$) معنی دار است. به بیان دیگر، بین متغیر وابسته فوق در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. برای درک چگونگی این تفاوت ها کافی است نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای گروه های آزمایشی

جدول ۲. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته افکار اضطرابی در پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین های تعدیل یافته	تفاضل میانگین های تعدیل یافته	خطای معیار	سطح معناداری
افکار اضطرابی	آزمایش	۴۸/۴۵	۱۴/۰۳	۰/۶۸۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۶۲/۴۸			

گروه آزمایشی در پس آزمون به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۲ تفاوت میانگین های تعدیل یافته افکار اضطرابی در گروه های آزمایش و کنترل برابر ۱۰/۶۳ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. از آن جا که میانگین های تعدیل یافته پس آزمون افکار اضطرابی گروه آزمایشی ۴۸/۴۵ و گروه کنترل ۶۲/۴۸ است، نشان می دهد افکار اضطرابی

به منظور بررسی نتایج مرحله پیگیری نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است که در جدول شماره ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

گروه	درمان شناختی-رفتاری	پیش آزمون-پس آزمون	پس آزمون-پیگیری	پس آزمون گروه آزمایش-پس آزمون گروه کنترل
شاخص	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
افکار اضطرابی	۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱
			۰/۶۴۷	۳/۱۳

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری، اثر کلی متغیر آزمایشی مورد بررسی قرار گرفت. سپس، به منظور تعیین این که اثر متغیر آزمایشی در کدام یک از متغیرهای وابسته دارای تفاوت معنی دار است، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام شد. نتایج این آزمون ها در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

همانطور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در تمام متغیرهای وابسته وجود ندارد. بنابراین، می توان گفت که نتایج به دست آمده از ثبات کافی برخوردار است. و در درازمدت تأثیر خود را حفظ می کند. فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی موثر می باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون تاب‌آوری در گروه های آزمایش آموزش و کنترل

متغیر	منابع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تاب‌آوری	گروه	۱۳۸۷/۱۲۷	۱	۱۳۸۷/۱۲۷	۳۱/۲۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۱
	پیش آزمون	۱۱/۲۱۲	۱	۱۱/۲۱۲	۰/۷۳۳	۰/۶۱۸	
	واریانس خطا	۱۳۰۱/۲۱۴	۲۶	۵۰/۰۴۶			
	واریانس کل	۳۱۳۵۸/۶۰۵	۳۰				

کنترل را در متغیرهای وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. جدول شماره ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته تاب‌آوری را در گروه های آزمایشی و کنترل، در پس آزمون، نشان می دهد.

بر اساس جدول شماره ۴، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیر تاب‌آوری ($F = ۳۱/۲۱۹$ و $p = ۰/۰۰۱$) معنی دار است. به بیان دیگر، بین متغیر وابسته فوق در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. برای درک چگونگی این تفاوت ها کافی است نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای گروه های آزمایشی و

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته تاب‌آوری در پس آزمون گروه های آزمایشی و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین های تعدیل یافته	تفاضل میانگین های تعدیل یافته	خطای معیار	سطح معناداری
تاب‌آوری	آزمایش	۵۱/۱۹	۱۰/۶۴	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۰/۵۵			

گروه کنترل ۴۰/۵۵ است، نشان می دهد تاب‌آوری گروه آزمایشی در پس آزمون به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی نتایج مرحله پیگیری نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است که در جدول شماره ۶ ارائه شد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۵ تفاوت میانگین های تعدیل یافته تاب‌آوری در گروه های آزمایش و کنترل برابر ۱۰/۶۴ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. از آن جا که میانگین های تعدیل یافته پس آزمون تاب‌آوری گروه آزمایشی ۵۱/۱۹ و

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

گروه	زمان	پیش‌آزمون-پس آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	پس آزمون گروه آزمایش-پس آزمون گروه کنترل	درمان شناختی-رفتاری
تاب‌آوری	شاخص	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری
		۳/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷۲	۰/۴۹۸
				F	سطح معناداری
				۳/۳۴	۰/۰۰۱

کوواریانس چندمتغیری، اثر کلی متغیر آزمایشی مورد بررسی قرار گرفت. سپس، به منظور تعیین این که اثر متغیر آزمایشی در کدام یک از متغیرهای وابسته دارای تفاوت معنی دار است، آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا انجام شد. نتایج این آزمون ها در جدول شماره ۶ گزارش شده است.

همانطور که مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش آموزش بازسازی شناختی در متغیرهای وابسته وجود ندارد. بنابراین، می توان گفت که نتایج به دست آمده از ثبات کافی برخوردار است و در درازمدت تأثیر خود را حفظ می کند.

فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی موثر می باشد. بر اساس نتایج تحلیل

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی میانگین نمره های پس آزمون تاب‌آوری در گروه های آزمایش آموزش و کنترل

متغیر	منابع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
-------	-----------	---------------	------------	-----------------	---	--------------	------------

گروه	۱۳۹۶/۲۱۶	۱	۱۳۹۶/۲۱۶	۳۵/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
پیش آزمون	۱۰/۲۱۳	۱	۱۰/۲۱۳	۰/۶۴۵	۰/۰۹۴	
واریانس خطا	۱۳۲۲/۱۱۱	۲۶	۵۰/۸۵۰			
واریانس کل	۳۲۶۴۲/۰۸۸	۳۰				

امید به زندگی

کافی است نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای گروه های آزمایشی و کنترل را در متغیرهای وابسته مذکور با یکدیگر مقایسه کنیم. جدول شماره ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته امید به زندگی را در گروه های آزمایشی و کنترل، در پس آزمون، نشان می دهد.

بر اساس جدول شماره ۶ نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیر امید به زندگی ($F = 35/27$ و $p = 0/001$) معنی دار است. به بیان دیگر، بین متغیر وابسته فوق در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. برای درک چگونگی این تفاوت ها

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی روی میانگین های تعدیل یافته امید به زندگی در پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	میانگین های تعدیل یافته	تفاضل میانگین های تعدیل یافته	خطای معیار	سطح معناداری
امید به زندگی	آزمایش	۲۷/۱۱	۱۰/۶۴	۰/۷۱۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۰/۰۸			

آزمایشی در پس آزمون به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است. به منظور بررسی نتایج مرحله پیگیری نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است که در جدول شماره ۷ ارائه شد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۴ تفاوت میانگین های تعدیل یافته تاب آوری در گروه های آزمایش و کنترل برابر ۷/۰۳ است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار می باشد. از آن جا که میانگین های تعدیل یافته پس آزمون امید به زندگی گروه آزمایشی ۲۷/۱۱ و گروه کنترل ۲۰/۰۸ است، نشان می دهد امید به زندگی گروه

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

گروه	درمان شناختی-رفتاری			
زمان	پیش آزمون-پس آزمون			
شاخص	پس آزمون گروه آزمایش-پس آزمون گروه کنترل			
امید به زندگی	سطح معناداری	F	سطح معناداری	F
	۰/۰۰۱	۳/۱۳	۰/۵۷۱	۰/۰۶۱

همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می شود، تفاوت معناداری بین پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش در متغیرهای وابسته وجود ندارد. بنابراین، می توان گفت که نتایج به دست آمده از ثبات کافی برخوردار است و در درازمدت تأثیر خود را حفظ می کند. فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می باشد. بررسی فرضیه اول: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. با این اوصاف فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. این یافته که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر بود، با نتایج پژوهش های ۳۱

۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۶، ۲۷ تا حدودی همخوانی دارد. آن ها در مطالعات خود نشان دادند که یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر مؤلفه های روانشناختی زنان مخصوصاً ام اس و افسرده از جمله افکار اضطرابی، درمان شناختی-رفتاری است. این که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می باشد، شاید به این خاطر است که رویکرد شناختی رفتاری موجب شده که آگاهی افراد نسبت به اسناد و باورهای غیر منطقی بالا رود همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب مشکلات آنان شده است، بپردازند. همچنین، در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت و همچنین کمک به افراد در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت زندگی می شود (۳۸). درمان شناختی-رفتاری باعث می شود که افراد به جای

چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت کننده، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت کننده خود را بدون داوری و ارزیابی اصلاح کنند و از این راه با حساسیت زدائی با آنها کنار بیایند. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش‌های درمان شناختی رفتاری به علت سازوکارهای نهفته در آن می‌تواند ضمن کاهش علائم اجتناب، کمک نماید فرد را به برخورد مسالمة مدار و مستقیم با مشکلات و گزینه‌ها رهنمون سازد (۳۹). لذا، می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در زنان می‌شود. از دلایلی که برای این استنباط می‌توان آورد این است که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین، همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آنها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌شود و می‌تواند منجر به کاهش افکار اضطرابی در این زنان شود.

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می‌باشد. بررسی فرضیه دوم: اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. با این اوصاف فرضیه دوم مورد تأیید قرار گرفت. این یافته که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر بود، با نتایج پژوهش‌های ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸ تا حدودی همخوانی دارد. آن‌ها در مطالعات خود نشان دادند که یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر مؤلفه‌های روانشناختی زنان مخصوصاً ام اس و افسرده از جمله تاب‌آوری، درمان شناختی- رفتاری است.

این که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می‌باشد، شاید به این خاطر است که بیماران مبتلا به ام اس به دلیل نوع بیماری و اختلالی که در سیستم عصبی مرکزی دارند، در مقابل استرس‌های بیماری متزلزل بوده و در برابر این معضلات ذهنی و عاطفی تاب‌آوری کمتری دارند. تاب‌آوری در کوتاه مدت و طولانی مدت تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد؛ بنابراین استرس می‌تواند به واسطه مکانیزم‌های نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ‌های سازگار تنظیم کند. استرس با فعال کردن هورمون‌های برانگیختگی و مکانیزم‌های دیگر هم منجر به تسهیل و هم تضعیف کارکردهای شناختی شده که شامل سرعت پردازش و بازداری اطلاعات مهم و برجسته است؛ بدین معنا که مطابق با نمودار U معکوس، استرس در سطح بهینه می‌تواند فرد را فعال نگاه داشته؛ اما چنانچه استرس مداوم و شدت آن روبه افزایش باشد، نه تنها

کارآمدی فرد را کاهش می‌دهد بلکه منجر به احساس فرسودگی نیز می‌شود. فلبرگ معتقد است: فنون آزمون واقعیت و رد کردن که در مداخله‌های شناختی رفتاری استفاده می‌شوند، می‌توانند به کاهش باورهای منفی و درک این مسئله منتهی شوند که استرس واقعاً کنترل شدنی است. همچنین درمان شناختی رفتاری با افزایش انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به ام اس موجب کاهش خلق منفی و افسرده این بیماران می‌شود. متعاقب آن با افزایش تاب‌آوری در این افراد همراه است و کمک می‌کند سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه تری را برانگیزد. لذا، جلسات درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری در این زنان شود. از طرف دیگر، این که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر بود، شاید به این خاطر است که در درمان شناختی- رفتاری روشی بر اساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی است که به وسیله روانشناسان و درمان‌کننده‌ها جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنج‌های عاطفی و همچنین مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری استفاده می‌شود. درمانگرهای شناختی- رفتاری مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار ناهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می‌کند. این نوع درمان می‌تواند توسط افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها هدایت شود. مسائلی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، شرمندگی، عزت نفس پائین، تطبیق مشکلات، آشفتگی خواب، و فشارها و ضربه‌های روحی گذشته عنوان می‌شوند (۴۹) فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری در افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می‌باشد. بررسی فرضیه سوم: اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. با این اوصاف فرضیه سوم مورد تأیید قرار گرفت. این یافته که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر بود، با نتایج پژوهش‌های ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، حدودی همخوانی دارد. آن‌ها در مطالعات خود نشان دادند که یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر مؤلفه‌های روانشناختی زنان مخصوصاً ام اس و افسرده از جمله امید به زندگی، درمان شناختی- رفتاری است. این که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی مؤثر می‌باشد، شاید به این خاطر است که در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بومی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره‌گیرد. درمان شناختی- رفتاری می‌کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش‌های رفتاری به

- Prevalence of Depression and its Extent of Severity. *Cureus*, 12(2).
3. 3-Morgante, Linda. (2010). *MS Nursing Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care*. The University of New Mexico, Health Science Center.
 4. 4- Minden, SL., Orav, J., Reich, P. (1987). Depression in multiple sclerosis. *Gen Hosp Psychiatry*. 9 (6):426-34.
 5. 5- Beiske, A.G., Naess, H., Aarseth, J. H., Anderson, D., & Elovaara, I. (2007). Health related quality of life in secondary progressive MS. *Mult Scler*, 13 (3), 386-392.
 6. 6- Wolgensinger L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 347-351.
 7. 7- Hanna, M., & Strober, L. B. (2020). Anxiety and depression in Multiple Sclerosis (MS) Antecedents, consequences, and differential impact on well-being and quality of life. *Multiple*
 8. 8-Karairmak, O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Res*, 179(3), 350-356. doi:10.1016/j.psychres.2009.09.012
 9. 9-Souri, H., & Hasanirad, T. (2011). Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1541-1544. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.299
 10. 10- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003
- ۱۱ - Zarei Kalaleh, Roghayeh. (1390). Comparison of self-concept, resilience and marital satisfaction in fertile and infertile women. End of Master's Degree in

منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد. بیماران ام اس و افسرده چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می کنند، روز به روز نسبت به موجودیت خود غریبه تر می شوند و کمتر اجازه می دهند تا تجربیات تازه در ذهنشان رسوخ کند. در نتیجه آن، افکار بدبینانه، وضع ملال انگیز خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی را برای خود به وجود می آورند. از آنجا که بیماران پس از ابتلا به بیماری مزمن مانند ام اس دچار یاس و نومیدی می شوند و گاه شاید دچار مشکلات روانی شوند، اهمیت روان درمانی برای اینگونه بیماران مشخص می شود. درمانگرانی که کار خود را بر اساس عناصر اصلی درمان شناختی رفتاری برنامه ریزی می کنند، آسان تر می توانند درمان را با مشکلات بیماران متناسب کنند. درمان شناختی رفتاری درمانگر و بیمار را ترغیب می کند که با هم به صورت یک تیم علمی کار کنند. این امر را در این موضوع که درمانگر و بیمار ذهن خود را درباره نقش بالقوه شناخت ها و رفتارها در ایجاد مشکلات کنونی باز می گذارند، یعنی ارزشیابی و مرور شواهد، می توان مشاهده کرد. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر مجموعه ای از مهارت ها برای درمان مشکلات روانی، با درمان شناختی رفتاری ارتباط دارد. با توجه به موارد بیان شده می توان عنوان داشت که درمان شناختی رفتاری با تکیه بر راهبردهای شناختی در چالش با افکار و سیستم شناختی ناکارآمد و رفتاری به وسیله مهارت آموزی، می تواند در بهبود امید به زندگی زنان مبتلا به ام اس و افسرده، تأثیرگذار باشد. درمان شناختی- رفتاری با مکانیزم هایی که به همراه دارد در کاهش افکار اضطرابی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی فرد مؤثر می باشد. در واقع، مفهوم کلیدی در اثربخشی درمان شناختی رفتاری و اثربخشی مثبت تر آن نسبت به دارو درمانی بر بهبود افکار اضطرابی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در پذیرش واقعیت و مسئولیت نسبت به آن چیزی که اتفاق افتاده و تغییری که باید اتفاق بیافتد می باشد. این افراد با مصرف دارو اگر چه به دلیل تغییر در فرآیند شیمیایی مربوط به انتقال دهنده های عصبی مغزی در خلق خود احساس بهبود می کند ولی خود را مسئول این پدیده نمی داند؛ همچنان که خود را تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مهارت آموزی، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از افکار نامربوط مانند نشخوار فکری مؤثر است. لذا، می توان انتظار داشت که درمان شناختی- رفتاری توانسته است که بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به ام اس و افسرده تأثیرگذار باشد.

References

1. Patten, S. B. (2020). Current perspectives on co-morbid depression and multiple sclerosis. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(8), 867-874.
2. Alhussain, H., Aldayel, A. A., Alenazi, A., & Alowain, F. (2020). Multiple Sclerosis Patients in Saudi Arabia:

- Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease, 1802(1), 66-79.
doi:https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2009.07.002
20. 20-Lukac, J. (2011). Depression and cognitive dysfunction in multiple sclerosis: the effect of physical activity. [Thesis]. Columbus, OH: Ohio State University.
21. 21-Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003
22. 22-Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Scak, C. (2007). The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48, 45-52.
23. 23-Branas, P., Jordan, R., Fry-Smith, A., Burls, A. & Hyde, C. (2009). Treatments for fatigue in multiple sclerosis: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess* 4 (27) 30-23.
24. 24- Jahandar, M., Alipour, A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness training based on stress reduction on resilience and life expectancy of AIDS patients. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2021; 64(2): -. doi: 10.22038/mjms.2021.18520
25. 25- Bahramiabdolmalaki S, Homayouni A, Aliyali M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Psychological Well-Being, and Life Expectancy in Asthmatic Patients. *TB*. 2021; 20 (1) :55-68.
26. 26- Kolbadi nejad M, Asadi J, Poursaghar arabi M, Aghaei M. Comparison the effectiveness of Cognitive-Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch. Faculty of Education and Psychology.
11. 11- Zarei Kolaleh, Roghayyeh. (2011). Comparison of self-concept, resilience and marital satisfaction in fertile and infertile women. Master Thesis in Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch. Faculty of Education and Psychology.
12. 12- Gh Ghasem, M., Hosseinchari, M. Psychological Resilience and Intrinsic – Extrinsic Motivation: The Mediating Role of Self-Efficacy. , 2012; 9(33): 61-71.
13. 13- Kost, G.J., Curtis, C.M. (2013). Optimizing global resiliency in public health, emergency response, and disaster medicine. *Journal of Point Care*, 11(2): 94-95.
14. 14- Ploughman, M., Downer, M. B., Pretty, R. W., Wallack, E. M., Amir Khanian, S., Kirkland, M. C., Aging with, M. S. C. C. (2020). The impact of resilience on healthy aging with multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, 29(10), 2769-2779. doi:10.1007/s11136-020-02521-6
15. 15- Ebright, P.R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factor that enhance hope in women with breast cancer. *Oncolnurs forum*, 29 (3), 561-569.
16. 16. Shemshadi, Z. (1395). Aging and life expectancy. Tehran: Nedaye Kar Afarin.
17. 17. Ghara Zibaei F, Aliakbari Dehkordi M, Alipour A, Mohtashami T. Efficacy of Group logo Therapy in the perceived Stress and life Expectancy in MS patients. *RPH*. 2013; 6 (4) :12-20
18. ۱۸- Mitsonis, C. I., Potagas, C., Zervas, I., & Sfagos, K. (2009). The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: a review. *International Journal of Neuroscience*, 119(3), 315-335.
19. 1۹- Mao, P., & Reddy, P. H. (2010). Is multiple sclerosis a mitochondrial disease?

33. 33- Asgari, M., Hāshemi-Nasab, B., Faraji, F. The Effect of Cognitive-Behavior Stress Management Treatment on Quality of Life and Depression in Female Multiple Sclerosis Patients. *Clinical Psychology Studies*, 2011; 2(5): 140-164.
34. ۳۴ -Gromisch, E. S., Kerns, R. D., Czapinski, R., Beenken, B., Otis, J., Lo, A. C., & Beauvais, J. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Multiple Sclerosis-Related Pain: A Randomized Clinical Trial. *International journal of MS care*, 22(1), 8–14.
35. ۳۵ -Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L. S. P., Manfro, G. G., . . . Heldt, E. (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 33(4), 428-433. doi:10.1016/j.apnu.2019.06.003
36. ۳۶ - Ebright, P.R.,& Lyon, B. (2002). Understanding hope and factor that enhance hope in women with breatscancer. *Oncolnurs forum*, 29 (3), 561-569
37. ۳۷- Graziano, F., Calandri, E., Borghi, M., & Bonino, S. (2013). The effects of a group-based cognitive behavioral therapy on people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 28(3), 264-274.
38. 38- hajilou M, ahadi H, seirafi M, shahbeigi S, rafiepoor A. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral model on quality of life in patiens with MS. -علوم ۲۰۱۹؛ ۱۷ (۷۲): ۸۹۳-۸۹۷
39. 39- Farran, C.J., Herth, K.A., Popovich, J.M. (1995). Hope and hopelessness: Critical clinical constructs. London: Sage. Publications.
40. Mahmoudi, Fariba., Shamsi, Abbas. (۱۳۹۴40. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in patients with MS, *International Behavioral therapy and Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Resiliency and sleep quality of women with Fibromyalgia syndrome*. *Rooyesh*. 2021; 10 (3) :21-34
27. 27- Taghavi Garamaleki, M., Moheb, N. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Rumination, Worry and Anxiety Sensitivity in People with Anxiety Disorders. *Journal of Instruction and Evaluation*, 2021; 14(53): 13-29. doi: 10.30495/jinev.2021.683359
28. 28- Zangane Gheshlaghi, M., Shayegan Manesh, Z., Bankdari, N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety in women with breast cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2020; 63(5): -. doi: 10.22038/mjms.2021.17869
29. 29- Şahin, H., & Türk, F. (2021). The Impact of Cognitive-Behavioral Group Psycho-cation Program on Psychological Resilience, Irrational Beliefs, and Well-Being. *Journal of ational-Emotive &CognitiveBehaviorTherapy*<https://doi.org/10.1007/s10942-021-00392-5>.
30. 30- Shareh H, Robati Z. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJPCP*. 2021; 26 (4) :418-431
31. 31- rezaeinasab, F., borjali, A., taghdisi, M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Perception in Women with Multiple Sclerosis (MS). *Women Studies*, 2020; 11(31): 65-82. doi: 10.30465/ws.2020.5175
32. 32- Sadri Damirchi E, Aghazadehasl M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Coping and Self-Control Styles in Multiple Sclerosis Patients. *Armaghane danesh*. 2018; 22 (6) :792-803.

47. Mahmoudi, Fariba., Shamsi, Abbas. (۱۳۹۴). The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in patients with MS, International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences, Tehran.
48. Deminof, L. (2013). The efficacy of cognitive behavioral group therapy on the depression, anxiety and resilience of multiple sclerosis woman. *Journal Anxiety Disorder*, 2010; 11: 279-315.
49. Bishop, M., Shepared, L., & Stenhoff, D.M. (2007). Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. *J Rehabil*, 10, 3-12.
50. Sabagh Kermani L, Fazilat-Pour M, Mousavi- Nasab S M H, Ebrahimi Mimand H. Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy on the emotional states and quality of life of patients with multiple sclerosis: A clinical trial study. *Koomesh*. 2020; 22 (3) :446-451
51. Alavi M S, Jabal Ameli S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomed J*. 2018; 6 (1) :44-54
52. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. Effectuality of Cognitive-Behavioral Therapy on the Life Expectancy of Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012; 22 (93) :58-65
- Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences, Tehran.
41. Soleimani,, S., Tajoddini,, E. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based on Fatigue on Dimensions of Mental Fatigue in Patients with Multiple Sclerosis: a case study. *Journal of Clinical Psychology*, 2016; 8(2): 13-21. doi: 10.22075/jcp.2017.2232
42. oraki, M., sami, P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior-Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients.. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 2017; 5(20): 34-47.
43. The effect of group Cognitive-Behavioral Therapy on the Obsessive Rumination and Anxiety in patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Applied Psychological Research*, 2016; 7(1): 155-167. doi: 10.22059/japr.2016.62596
44. Shareh, H., Robati, Z., Oladi, F., & Jafarnia, V. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on Depression, Hope and Adjustment in Patients with Hepatitis B. *Zahedan J Res Med Sci*, 19(5), e9423. doi:10.5812/zjrms.9423.
45. Van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Twisk, J. W. R., Bleijenberg, G., Dekker, J., de Groot, V. (2017). Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(11), 1542-1553. doi:10.1177/1352458517709361
46. Shareh H, Robati Z. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJPCP*. 2021; 26 (4) :418-431.