

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and its resulting dysfunctional concerns in multiple sclerosis

ARTICLE INFO

Article Type
Analytical Review

Authors

Roya Khanali Lou¹,
Farah Lotfi Kashani^{2*}

How to cite this article

Roya Khanali Lou, Farah Lotfi Kashani, The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and its resulting dysfunctional concerns in multiple sclerosis, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2020;3:163-172.

1. PhD Student, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran.

2. Member of the Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author).

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: Lotfi.kashani@irau.ac.ir

Article History

Received: 2019/12/25

Accepted: 2020/01/29

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on depression and dysfunctional attitudes in patients with multiple sclerosis.

Materials and Methods: For this purpose, in a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group, 30 patients with multiple sclerosis were selected by recall and available sampling method and were randomly assigned to the control and experimental groups. The intervention was performed in 8 sessions and each session lasted 45 minutes on the experimental group. Groups were evaluated for depression and dysfunctional attitudes before and after the intervention.

Findings: The results of covariance analysis showed that cognitive-behavioral therapy has a significant effect on increasing depression and dysfunctional attitudes in patients with multiple sclerosis ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study support the effect of cognitive-behavioral therapy in improving the level of depression and dysfunctional attitudes of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Depression, Dysfunctional Attitudes, Multiple Sclerosis

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

رویا خانعلی لو^۱

دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

فرح لطفی کاشانی^{۲*}

عضو دپارتمان روان شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس است. **مواد و روش‌ها:** بدین منظور طی یک پژوهش با طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل ۳۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از طریق فراخوان و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. مداخله در ۸ جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه روی گروه آزمایش صورت گرفت. گروه‌ها قبل و بعد از انجام مداخله، از نظر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد درمان شناختی رفتاری تاثیر معناداری بر افزایش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش از تاثیر درمان شناختی رفتاری در ارتقای سطح افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، مالتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۹

*نویسنده مسئول: Lotfi.kashani@irau.ac.ir

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس یکی از بیماری‌های شایع در جوانان بوده که به علت تحلیل غلاف میلین سلول‌های عصبی موجود در دستگاه عصبی مرکزی رخ می‌دهد. شیوع بیماری ام اس در ایران ۴۰ نفر در ۱۰۰ هزار نفر است و زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان تحت‌تأثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۱). این بیماری مزمن و پیش‌رونده، یک دوره پیش‌بینی‌ناپذیر و همگون دارد که به دنبال یک مرحله ثانویه پیشرفته و دوره خفیف مشترک است و منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون تاری دید، از دست دادن تعادل، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می‌شود (۲). تحقیقات اخیر، عوامل محیطی، ژنتیکی، ایمنی‌شناسی و میکروبی‌شناسی را از علل این بیماری می‌دانند. هرچند علت شیوع بیماری مالتیپل اسکلروزیس مشخص نیست، بدون تردید عوامل محیطی از جمله استرس‌ها بی‌تأثیر نیستند و شکی نیست که استرس و عوامل روانی در تشدید بیماری و بروز حملات جدید نقش بسزایی دارند. برای این بیماران آنچه بیش از دارو و درمان‌های پیچیده توصیه می‌شود، دوری از اضطراب، استرس و تنش‌های روانی است (۳). بیماری مالتیپل اسکلروزیس با تغییرات شخصیتی و شناختی و در کل روان‌شناختی همراه است و پریشانی روان‌شناختی به عنوان

محرك و برانگیزاننده برای تشدید و عود بیماری در نظر گرفته می‌شود. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند پریشانی روان‌شناختی در این افراد با تغییرات بیولوژیکی نیز همراه است (۴).

ظاهر شدن افسردگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس قابل‌توجه است. این نظریه که استرس‌های روان‌شناختی می‌تواند باعث تشدید بیماری مالتیپل اسکلروزیس شود به تاریخ بیش از صدسال پیش برمی‌گردد که غم و اندوه، آزدگی و تغییرات مضر در پیشامدهای اجتماعی می‌تواند با شروع بیماری ارتباط داشته باشد (۵). افسردگی یکی از عوامل اصلی کاهش کیفیت زندگی در این بیماران است که احتمال بروز خطا در عملکرد شناختی آن‌ها را افزایش می‌دهد، افسردگی و خستگی باعث کندی پردازش اطلاعات و حافظه می‌گردد؛ به علاوه نیاز جدی به افتراق اختلالات اضطرابی و افسردگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دیده می‌شود. مطالعات نشان داده است اضطراب و اختلالات خلقی، از جمله افسردگی شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت عادی هستند. شیوع افسردگی در مبتلایان مالتیپل اسکلروزیس حدود ۵۰ درصد است (۶). همچنین نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل مهم و زیربنایی مؤثر در پیدایش اختلالات است. نگرش‌های ناکارآمد بخشی از فرآیندهای شناختی بوده و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی هستند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاص اختصاص ندارند و به عنوان نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می‌شوند. وجود مشکلات هیجانی از جمله داشتن نگرش ناکارآمد علاوه بر تأثیر سوئی که در زندگی فعلی فرد دارند، باعث کاهش بهزیستی روانی می‌شوند (۷).

شناختی و رفتاری نتیجه آن در مقایسه با دارودرمانی مداوم‌تر است و ممکن است فرد را در برابر خود محافظت کند. آکسان (۱۶) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد برای بیماران نشان داد. همچنین دورایس و همکاران (۱۷) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش سطح افسردگی و اضطراب در زوجین نشان دادند. نتایج پژوهش فنگ و همکاران (۱۸) نشان داد که درمان شناختی و رفتاری در کاهش سطح افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به بی‌خوابی و افسردگی اثربخش بوده است. همچنین نیکوگفتار و خانعلی‌لو (۱۹) در پژوهشی یافتند که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تاثیرگذار است و درمان شناختی- رفتاری را به عنوان درمان ترجیحی برای کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در نظر گرفتند. در پژوهشی دیگر جهانگیر، براتی و زمانی (۲۰). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام دادند و یافته‌های پژوهش گوا بر این بود که نمرات افسردگی، اضطراب و استرس پس از درمان در گروه آزمایش کاهش معناداری یافت که این تأثیر در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده بود. با توجه به موارد مطرح‌شده و مفید نبودن مداخلات دارویی صرف برای مقابله با مشکلات روانی بیماران ام اس، نیاز به روش‌هایی در درمان احساس می‌شود که بتوانند در کنار درمان‌های دارویی، علائم بیشتری از بیماری (مانند اضطراب، افسردگی و افکار ناکارآمد) را بهبود بخشند. در این راستا بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری بیماران مالتیپل اسکلروزیس در حوزه‌های روان‌شناختی ضرورتی دوچندان می‌یابد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع نیمه تجربی بود و از طریق پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری یک ماهه و گروه گواه انجام گرفت. در این طرح به هر دو گروه آزمایش و کنترل یک پیش آزمون و یک پس آزمون داده شد. آزمون پیگیری نیز به منظور سنجش حفظ اثر مداخله درمانی روی هر دو گروه انجام شد. پژوهشگران بمنظور تعیین حجم نمونه و معیار ورود با دریافت معرفی نامه از دانشگاه با مراجعه به پرونده بیماران و تأیید نظر پزشک در خصوص بیماری مالتیپل اسکلروزیس، ابتدا پرسشنامه‌های افسردگی بک و افکار ناکارآمد به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که دارای سابقه ۵ تا ۱۰ سال بیماری بودند و بین ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند اجرا شد. جهت تعیین حجم نمونه از بین ۲۱۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای علائم افسردگی متوسط و شدید و افکار ناکارآمد که سن آن‌ها بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود و تعدادشان ۱۳۵ نفر بود ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند تا به پرسشنامه‌های افسردگی بک و نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک پاسخ دهند، سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر از این افراد در

درمان شناختی رفتاری نیز یکی از رویکردهایی است که در درمان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این درمان بر پیوستگی افکار، احساسات و رفتار تأکید می‌شود. در این رویکرد اعتقاد بر این است که افراد با بازسازی افکار می‌توانند با فشارهای روانی مقابله کنند. در واقع در این رویکرد افراد تشویق می‌شوند تا افکار منفی و تحریف‌های شناختی را شناسایی نموده و آن‌ها را به چالش بکشند و با بازسازی افکار، احساسات بهتری را تجربه کنند و رفتارهای مناسب‌تری از خود بروز دهند. درمان شناختی و رفتاری برای افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد یک فرایند درمان است که به بیمار کمک می‌کند تا عقاید و رفتارهایی که حالت‌های خلقی خاص را ایجاد می‌کند، تغییر دهد. یکی از فواید روش درمان شناختی و رفتاری این است که بیمار فعالانه در درمان خود مشارکت می‌کند و باعث می‌شود به خودش در موقعیت‌های خاص در یک فرایند به نام بازسازی شناختی کمک کند، ادراک‌های تحریف‌شده را شناسایی کند، افکار منفی را بشناسد و افکار جایگزینی که به واقعیت نزدیک‌تر است را جستجو کند، شواهد منفی را بیابد و افکار جدیدی را جایگزین کند، افکار قابل‌قبول و دقیقی را تولید کند (۸). روش درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر قدرت افکار واقع‌بینانه است و فرد از واقعیت آگاه است. از زمانی که بک روش درمان شناختی و رفتاری را برای افسردگی توسعه داد، این روش بهترین راهبرد درمانی پژوهش محور برای هر اختلال روان‌شناختی به شمار می‌آید (۹).

پژوهش برین و همکاران (۱۰) در رابطه با روایت‌های بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در دوران همه‌گیری کووید ۱۹ نشان داد که سطح استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران در دوران همه‌گیری کووید ۱۹ تشدید شده است. همچنین پژوهش تیمکوا و همکاران (۱۱) در رابطه وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نشان داد که این بیماران از سطح نگرش‌های ناکارآمد و نگرانی از بیماری بالا و از سطح عزت نفسی پایینی برخوردارند. شواهد پژوهشی مولر و همکاران (۱۲) و ویسچیدیک و همکاران (۱۳) شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و سرطان که تغییرات عمده افسردگی را نشان می‌دهند با اختلال در سیستم ایمنی همراه است از جمله استفاده از نشانگر افزایش در فعالیت سایتوکین و التهاب سیستم عصبی بیماران مبتلا به این بیماری از میزان شیوع بالای افسردگی نشان می‌دهد. موهر، لورا و براون (۱۴)، در پژوهش خود دریافتند که ابتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس خود عاملی برای بروز افسردگی در ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا می‌باشد. افسردگی و افکار ناکارآمد بسیار زیاد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس گزارش شده است که غالباً ناشی از پاسخ افراد به بیماری مزمن و ناتوانی‌های فیزیکی ناشی از بیماری است. بائر (۱۵) در پژوهش خود به عنوان مطالعه اعتبار و شیوع نشانه‌های افسردگی و افکار ناکارآمد و ارتباط آن با بیماری مالتیپل اسکلروزیس نشان داد که کم‌تر بودن طول مدت ابتلا به بیماری با علائم افسردگی بیماران ام اس مرتبط بوده است. پژوهش‌ها نشان دادند که درمان

دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد می باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت مشخص می کند. امتیازات خود را از ۲۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایند. حداقل امتیاز ممکن ۲۶ و حداکثر ۱۸۲ خواهد بود. نمره بین ۲۶ تا ۵۲ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد پایین است. نمره بین ۵۲ تا ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد بالا می باشد. همچنین همسانی درونی سوال های نسخه ۲۶ سوالی DAS از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بدست آمد که بسیار مطلوب و قوی تر از نسخه ۴۰ سوالی است و نسبت به آلفای به دست آمده برای نسخه های کوتاه کاویانی و همکاران (۲۲) که برابر با ۰/۷۵، به دست آوردند، مطلوب تر است. با توجه به نقش مقیاس نگرش های ناکارآمد در پیش بینی آسیب پذیری شناختی و اختلالات خلقی و اضطرابی، روایی ملاکی هم زمان DAS-26 از طریق همبستگی آن با نمرات کل و خرده مقیاس های GHQ-28 و تشخیص بیماران توسط روان پزشک تعیین شد. همبستگی بین DAS-26 و ملاک های پیش بینی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است. این نتایج از یافته های چیکوتا و استیلز (۲۳) مبنی بر همبستگی نمرات DAS با BDI-II ($r=0/47$) و با ATQ که $r=0/47$ به دست آمد، و هم چنین از یافته های الیور و همکاران (۲۴) مبنی بر همبستگی نمرات DAS با مصاحبه ساختار یافته ($r=0/41$) و با پرسشنامه سبک شناختی ($r=0/51$) و با BDI ($r=0/39$) و به علاوه از توانایی DAS در پیش بینی شانس بروز اختلالات خلقی و اضطرابی ($OR=12/020$) حمایت می کند. بنابراین یافته های مذکور DAS-26 را برای جمعیت بالینی ایران نسخه معتبر معرفی می نماید. درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای و در بازه زمانی دوبار در هفته بر روی گروه آزمایش صورت گرفت و گروه کنترل تحت هیچ مداخله ای قرار نگرفتند. اجرای مداخلات براساس راهنمای (۲۵) تهیه گردیده است. لازم به ذکر است که در طول دوره اجرای درمان، آزمودنی های گروه گواه و مداخله هیچگونه درمانی را دریافت نکردند. همچنین به دلیل ملاحظات اخلاقی برای گروه گواه، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز تحت طرح درمانی پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی شناختی رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه اول	ارزیابی مشکل، تنظیم اهداف، شرح و توضیح اولیه درباره بیماری، توضیح اولیه درباره روش درمانی
جلسه دوم	انجام ریلکسیشن همراه با آموزش، توضیح تحریف های شناختی به همراه ارائه لیستی از تحریف های شناختی، صحبت درباره افکار منفی و تاثیر آن روی اعمال و احساسات، دادن تکالیف.

گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند و به عنوان نمونه نهایی در پژوهش شرکت داده شدند. پرسشنامه افسردگی بک که اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. محتوای پرسشنامه افسردگی بک، به طور جامع شامل نشانه شناسی افسردگی است اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. مواردی که پرسش های این آزمون را شامل می شوند عبارتند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، احساس تنبیه شدن، بیزاری از خود، مفصل دیدن خود، آرزوی خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره گیری اجتماعی، تردید، کندی در انجام کار، اختلال خواب، خستگی پذیری، بی اشتها و کاهش وزن. این آزمون در مجموع از ۲۱ سوال تشکیل شده است و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود تا شدت نشانه ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا ۳ درجه بندی کند. همچنین، آزمون دارای چهار نمره برش است. نمره کمتر از ۱۰ نشانه فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی است. از ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید و از ۳۰-۶۳ نشانه افسردگی شدید است (۲۱). این ابزار در پژوهش فوق برای مادران کودکان مبتلا به وسواس فکری - عملی به کار رفت. بررسی پایایی این آزمون نشان دهنده ی همسانی بالای آن است، به این ترتیب که نمره های هر سوال با نمره کل به دست آمده همبستگی بالایی دارد و همواره درجه بالایی از پایایی برای دو نیمه آزمون به دست آمده است. پایایی بازآمایی این آزمون به طور مستقیم مورد بررسی قرار گرفته و دامنه همبستگی های باز آمایی در فواصل چند ساعت تا چهارماه برای آزمون بک از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. بررسی های مستقل روایی یابی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی را بین نمره های پرسشنامه افسردگی بک و سایر مقیاس های افسردگی نشان داده اند. به منظور بررسی پایایی بازآمایی، این آزمون بر روی ۴۰ آزمودنی در فاصله بین دو هفته اجرا شد و ضریب پایایی ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26) که شامل نظرات و عقاید مختلفی است که مردم گاهی بیان می کنند. این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید

جلسه سوم	گرفتن گزارش ریلکسیشن، بررسی تحریف‌های شناختی بیمار، انجام ریلکسیشن و دادن مواجهه تدریجی با موقعیت افسردگی (شروع از موقعیت با افسردگی کمتر)، دادن تکالیف
جلسه چهارم	مواجهه، حساسیت‌زدایی و مداخلات شناختی، آموزش نحوه درست ایجاد افکار مثبت، دادن تکالیف (مواجهه تدریجی واقعی با شروع از موقعیت‌های با افسردگی کمتر) و استفاده از روش‌های آموخته شده برای کنترل افسردگی
جلسه پنجم	بررسی عملکرد فرد در مواجهه واقعی، و انجام مداخلات شناختی برای تقویت عملکرد فرد در شرایط مواجهه، دادن تکالیف (مواجهه با موقعیت واقعی با افسردگی بیشتر).
جلسه ششم	ارزیابی عملکرد فرد در شرایط مواجهه، ریلکسیشن و مواجهه ذهنی فرد با موقعیت‌های افسردگی بسیار، تکرار مجدد ایجاد تفکرات مثبت و تقویت عملکرد، افزایش عزت‌نفس (با شرح موفقیت‌هایی که فرد تاکنون داشته است)، دادن تکالیف (مواجهه فرد با موقعیت واقعی افسردگی بسیار و کنترل اضطراب با روش‌های آموخته شده)
جلسه هفتم	ادامه ارزیابی عملکرد فرد در مواجهه با موقعیت واقعی، افزایش عزت‌نفس، تقویت مجدد عملکرد
جلسه هشتم	ادامه ارزیابی عملکرد فرد در مواجهه با موقعیت واقعی، جمع‌بندی جلسات

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برابری واریانس‌های خطا مورد بررسی و تایید قرار گرفت. نتایج و داده‌های حاصل با استفاده از بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در جداول زیر خلاصه آمار توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته تحقیق به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون نشان داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات افکار ناکارآمد آزمودنی‌های پژوهش

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین						
شناختی رفتاری (CBT)	۱۵	۱۴۴/۶۶	۱۵	۳۶/۹۳	۲۶/۲۸	۱۵	۲۲/۷۱	۱۵	۳۹/۷۲	۲۲/۵۴
کنترل	۱۵	۱۳۸/۹۳	۱۵	۱۳۸/۸۷	۳۲/۷۸	۱۵	۳۲/۷۳	۱۵	۱۳۹/۳۱	۳۲/۸۰

با توجه به نتایج به دست آمده درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی تأثیر داشته است. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی آزمودنی‌های پژوهش به صورت زیر بدست آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین افکار ناکارآمد گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۴۴/۶۶، در پس آزمون ۳۶/۹۳ و در مرحله پیگیری ۳۲/۷۲ می‌باشد. در گروه کنترل میانگین افکار ناکارآمد در مرحله پیش آزمون ۱۳۸/۹۳، در پس آزمون ۱۳۸/۸۷ و در مرحله پیگیری ۱۳۹/۳۱ می‌باشد.

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات افسردگی آزمودنی های پژوهش

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		په گیری
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
شناختی رفتاری (CBT)	۱۵	۴۶/۲۷	۱۳/۱۸	۱۲/۳۳	۱۵
کنترل	۱۵	۳۹/۹۲	۱۴/۱۴	۳۹/۷۳	۱۵

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میانگین افسردگی گروه درمان شناختی درمانی در مرحله پیش آزمون برابر با ۴۶/۲۷، در پس آزمون ۱۲/۳۳ و در مرحله پیگیری ۱۳/۱۲ می باشد. در گروه کنترل میانگین افسردگی در مرحله پیش آزمون ۳۹/۹۲، در پس آزمون ۳۹/۷۳ و در مرحله پیگیری ۴۰/۷۶ می باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرها

متغیرها	شناختی رفتاری (CBT)		کنترل	
	تعداد	آماره	معنی داری	تعداد
افسردگی	۱۵	۰/۱۴۵	۰/۲۰	۱۵
	پیش آزمون			
	پس آزمون			
افکار ناکارآمد	۱۵	۰/۱۸۵	۰/۳۱۳	۱۵
	پیش آزمون			
	پس آزمون			
پیگیری	۱۵	۰/۱۰۸	۰/۱۹۴	۱۵
	پیش آزمون			
	پس آزمون			
پیگیری	۱۵	۰/۱۱۳	۰/۲۶۷	۱۵
	پیش آزمون			
	پس آزمون			

همچنین در بررسی همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نگرش های ناکارآمد هم مشخص شد که به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس یکطرفه قابل استفاده است. با توجه به آماره $F(۶/۹۵)$ و سطح معناداری $(۰/۳۴)$ ، در سطح $۰/۰۵$ شواهد کافی برای رد فرض صفر آزمون (وجود اثر متقابل) به دست نیامد $(۰/۳۴)$ بزرگتر از $۰/۰۵$ است، پس می پذیریم که اثر متقابل وجود ندارد و شیب آن ها همگن است. بنابراین می توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

علاوه بر این آزمون لوین جهت تساوی خطای واریانس ها در متغیر میزان افسردگی بیماران نشان دهنده بررسی مفروضه برابری خطای واریانس ها می باشد. با توجه به مقدار $F(۱۶/۹۰)$ و اینکه سطح معناداری $(۰/۴۴)$ بالاتر از $۰/۰۵$ می باشد؛ بنابراین می توان گفت خطای واریانس پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می باشد. آزمون لوین جهت تساوی خطای واریانس ها نگرش های

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای افسردگی و افکار ناکارآمد در سه نوبت پیش و پس آزمون و پیگیری و در دو گروه تایید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمام متغیرهای وابسته تایید گردید. یعنی مقادیرهای P در آزمون کولموگروف و اسمیرنوف از $۰/۰۵$ بزرگتر است. با توجه به نتایج توزیع داده ها نرمال است و مفروضه ی دوم تحلیل کواریانس رعایت شده است. در بررسی همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون افسردگی مشخص شد که به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس یکطرفه گرفته می شود. با توجه به آماره $F(۴۳/۴۹)$ و سطح معناداری $(۰/۷۶)$ ، در سطح $۰/۰۵$ شواهد کافی برای رد فرض صفر آزمون (وجود اثر متقابل) به دست نیامد $(۰/۷۶)$ بزرگتر از $۰/۰۵$ است، پس می پذیریم که اثر متقابل وجود ندارد و شیب آن ها همگن است. بنابراین می توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت خطای واریانس پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می‌باشد.

ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس هم نشان دهنده بررسی مفروضه برابری خطای واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به مقدار $F (2/59)$ و اینکه سطح معناداری (0/11) بالاتر از 0/05

جدول ۵: تحلیل کواریانس یکطرفه مربوط به متغیر میزان افسردگی بیماران

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۸۳۰۸/۴۰	۱	۸۳۰۸/۴۰	۱۰۲/۰۸	۰/۰۰	۰/۷۹	۱
پیش‌آزمون	۴۹۶/۳۷	۱	۴۹۶/۳۷	۶/۰۹	۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۷۰
خطا	۲۱۹۷/۳۵	۲۷	۸۱/۳۸				۱
کل	۳۵۱۶۲۱	۳۰					۰/۶۱

حاکمی از آن است که حدود ۷۹/۱ درصد از تغییرات به وجود آمده در میزان افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مربوط به درمان شناختی-رفتاری می‌باشد.

در جدول ۵: سطح 0/05 فرض صفر آزمون مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس تایید می‌شود. مقدار مجذور اتا (0/۷۹) نیز

جدول ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه مربوط به نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۳۱۵/۶۹	۱	۳۱۵/۶۹	۸/۴۸	۰/۰۰	۰/۹۴	۱
پیش‌آزمون	۱۹۴/۵۹	۱	۱۹۴/۵۹	۵/۲۳	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۹۵
خطا	۱۰۰۴/۰۷	۲۷	۳۷/۱۸				۱
کل	۴۶۴۹۰	۳۰					۰/۶۶

درباره خود، دنیا و آینده را شناسایی و اصلاح کند و به دنبال آن از بوجود آمدن هیجانات و رفتارهای منفی جلوگیری کند. به همین ترتیب افراد با شناسایی و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد خود درباره شکست‌ها و ناکامی‌هایشان و آینده‌های که در پیش رو دارند و جایگزین کردن آنها با افکار سازنده، آرامش روانی و جسمی بیشتری را تجربه کنند و می‌توانند بهتر با دیگران ارتباط برقرار کنند و در نتیجه افسردگی، کاهش و کیفیت زندگی بهبود می‌یابد. نتایج بدست آمده از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در این تحقیق با نتایج تحقیق کسلر و همکاران (۲۶) همخوانی دارد.

در جدول ۶ سطح 0/05 فرض صفر آزمون مبنی بر اثر بخشی رویکرد هیجان مدار بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس تایید می‌شود. مقدار مجذور اتا (0/۴۲) نیز حاکمی از آن است که حدود ۴۲/۹ درصد از تغییرات به وجود آمده در نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس مربوط به درمان شناختی-رفتاری می‌باشد.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افسردگی و افکار ناکارآمد شرکت کنندگان در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری کاهش یافته و اثربخشی درمان شناختی رفتاری مشخص شد. در درمان افسردگی با رویکرد شناختی-رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد افراد، هیجاناتی نظیر اضطراب، نگرانی و حالت خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی مورد توجه قرار می‌گیرند. در این رویکرد، به فرد کمک می‌شود تا بتواند باورهای نادرست

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افسردگی و افکار ناکارآمد شرکت کنندگان در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری کاهش یافته و اثربخشی درمان شناختی رفتاری مشخص شد. در درمان افسردگی با رویکرد شناختی-رفتاری، شناخت‌های ناکارآمد افراد، هیجاناتی نظیر اضطراب، نگرانی و حالت خلقی ناپایدار و رفتارهای ناشی از شناخت‌های معیوب و هیجانات منفی مورد توجه قرار می‌گیرند. در این رویکرد، به فرد کمک می‌شود تا بتواند باورهای نادرست

زمانی خاص بدست آمد. در این پژوهش، برای سنجش متغیرها روش خود سنجی بکار گرفته شد و از پرسشنامه برای جمع آوری داده های مورد نظر استفاده گردید و استفاده از یک روش سنجش، می تواند یکی از محدودیت های این پژوهش باشد. در نهایت پیشنهاد می گردد پژوهش در زمینه اثربخشی آموزش های شناختی، هیجانی و فرهنگی به عنوان شیوه ای پیشگیرانه در جهت کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد استفاده شود. با توجه به اهمیت درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد، بکارگیری نتایج پژوهش حاضر می تواند در کارگاه های آموزشی به عنوان عاملی موثر مورد استفاده قرار گیرند.

References

1. Shakernezhad, Sepideh, Moaze, Nasrin, Hamidi, Masumi, Hashemi, Raha, Barazande, Nilufar, Badaghi, Mazaher. (2017). the effectiveness of adequate treatment and commitment to psychological parasitics, marital satisfaction and quality of life in women with Multiple Sclerosis. *Journal of Health Care*. 1(19), 7-17. (Persian)
2. Zahoor, I., & Haq, E. (2017). Multiple sclerosis in India: Iceberg or volcano. *Journal of neuroimmunology*, 307, 27-30.
3. Mirhashemi, Malek, Najafi, Fatemeh. (2014). the effectiveness of solution therapy on resiliency and sense of coherence in Multiple Sclerosis (MS) patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 24 (3), 175-81. (Persian)
4. 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.
5. McCuller, W. J., Sussman, S., Dent, C. W., & Teran, L. (2001). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Addictive behaviors*, 26(1), 137-142.
6. Grech L. Litza A. Kirooulos, Katherine M., Ernest Butler, K. Paine, M. Hester, R. (2015): The effect of executive function on stress, depression, anxiety, and quality of life in multiple sclerosis. *Journal*

اسکلروزیس تأثیر دارد (۲۸). در تبیین این نتیجه می توان گفت افراد پس از ابتلا به بیماری از لحاظ فردی، خانوادگی و اجتماعی با آسیب های فراوانی روبرو هستند. سرزنش ها، توهین و تحقیر و طرد از طرف خانواده، دوستان و آشنایان و به دنبال آن انزوای اجتماعی می تواند باعث ایجاد احساس بی کفایتی، عدم شایستگی، از بین رفتن عزت نفس، ایجاد خودپنداره منفی، احساس گناه، خجالت، شرم و سرافکنندگی، ناامیدی، یاس، درماندگی، خشم و عصبانیت، انتقام جویی، اضطراب و ترس از آینده شود به بیان دیگر شناخت های معیوب و نگرش های منفی نسبت به خود و اتفاقی که رخ داده است در کنار نداشتن مهارت های ارتباطی لازم در جهت رفع مشکلات خانوادگی و اجتماعی و همچنین مشکلات اشتغال، مسکن مناسب و مسائل اقتصادی و عدم دریافت حمایت های مالی و عاطفی می تواند باعث بروز آسیب های روانی مانند افسردگی، اضطراب و بیماری های جسمانی مزمنی شود که کیفیت زندگی این افراد را از لحاظ جسمی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی تنزل دهد. بررسی موارد ذکر شده و توجه به فرهنگ جامعه ایرانی و تأثیر عمیقی که زندگی خانوادگی و دید اجتماعی نسبت به افراد بر سلامت روان و کیفیت زندگی این افراد دارد، اهمیت توجه به مهارت های ارتباطی در کنار مهارت های شناختی را مشخص می سازد. از بین دو رویکردی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است، تنها درمان شناختی- رفتاری همانطور که به بازسازی شناختی افکار و باورهای معیوب می پردازد و به افراد کمک می کند تا عزت نفس از دست رفته خود را دوباره بدست آورند و از احساس گناه و یا حس خشم و عصبانیت نسبت به خودشان، اطرافیان و بطور کلی شکستی که در زندگی داشته اند رهایی یابند به همان میزان سعی میکنند تا با آموزش مستقیم مهارت هایی نظیر مهارت حل مساله، مذاکره، حل تعارض و کنترل خشم به افراد کمک کند تا بتوانند در مقابل مشکلات و مسایل خانوادگی و اجتماعی بهترین عکس العمل را نشان دهند و بدین ترتیب از روابط مسالمت آمیز و حمایت خانواده، دوستان و سایر افراد جامعه برخوردار شوند. همین حمایت، پشتیبانی و ارتباطات موثر، خلاء عاطفی و روانی در این افراد را تا حدود زیادی پر خواهد کرد و به آن ها این توانایی را می دهد که موثرتر با استرس ها و فشارهای زندگی برخورد کنند. بدین ترتیب نه تنها کوشش خود فرد، بلکه کمک و همیاری حامیان این افراد می تواند عاملی باشد در جهت توانمند سازی این افراد برای سازگاری با بیماری و در امان ماندن از بسیاری از آسیب های روانی، جسمانی و اجتماعی باشد.

باتوجه به بحث و نتایج به دست آمده از پژوهش های انجام شده و آنچه از این پژوهش حاصل شد این است که درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مکانیسم تاثیرگذار بر بهبود علائم افسردگی و نگرش های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس محسوب می گردد و می تواند به عنوان یکی از راه های پیشگیری از مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به کار گرفته شود. با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی شامل این پژوهش از نوع مقطعی بود و داده ها در یک مقطع

brain lesions in MS. *Neurology*, 79(5), 412-419.

15. Baer, R.A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Washington: Academic Press.

16. Aksan, A. T. (2021). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapies in Women with Breast Cancer: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 34-51.

17. Durães, R. S. S., Khafif, T. C., Lotufo-Neto, F., & Serafim, A. D. P. (2020). Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy on reducing depression and anxiety symptoms and increasing dyadic adjustment and marital social skills: An exploratory study. *The Family Journal*, 28(4), 344-355.

18. Feng, G., Han, M., Li, X., Geng, L., & Miao, Y. (2020). The clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for patients with insomnia and depression: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2020.

19. Nikogftar, Mansoura and Khanali Lou, Roya. (2017). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment-based therapy on reducing depressive symptoms in female patients with MS. *Journal of Behavioral Science Discounts*. 15 (1), 59 - 66. (Persian)

20. Jahangir, Amir Hossein, Barati, Farzan, Zamani, Narges and Zamani, Saeed. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the mental health of patients with multiple sclerosis. *Health research*. 1 (4), 512-552. (Persian)

21. Marnat, Gary Grath. (2017). *Psychological Assessment Guide: For Clinical Psychologists, Counselors, and Psychiatrists (Vol. 1)*. Translated by Hassan Pasha Sharifi, Mohammad Reza Nikkho. Tehran: Sokhan.

of Clinical and Experimental Neuropsychology. 5(2), 1-14

7. Jabbari, Mahsa, Shahidi, Shahriyar, Mootabi, Fereshteh. (2014). Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*. 6 (2), 65 -74. (Persian)

8. Scharf, Richard. (1990). *Theories of psychotherapy and counseling*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2019. Tehran: Rasa.

9. Corey, Gerald. (2013). *Theory and application of counseling and psychotherapy*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2019. Tehran: Arasbaran.

10. Bornemann-Ciment, H., Sivo, N., Toft, F., Halb, L., & Sandner-Kiesling, A. (2017). Neuraxial anesthesia in patients with multiple sclerosis-a systematic review. *Revista brasileira de anesthesiologia*, 67, 404-410.

11. Timkova, V., Mikula, P., Fedicova, M., Szilasiova, J., & Nagyova, I. (2021). Psychological well-being in people with multiple sclerosis and its association with illness perception and self-esteem. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 103114.

12. Müller, F., Wijayanto, F., Abrahams, H., Gielissen, M., Prinsen, H., Braamse, A., ... & Knoop, H. (2021). Potential mechanisms of the fatigue-reducing effect of cognitive-behavioral therapy in cancer survivors: Three randomized controlled trials. *Psycho-Oncology*.

13. Visschedijk, M, A ; mohr, D, C ; foley, F, W. (2009). cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis. *psycho rep*. 85(2), 841 - 59.

14. Mohr, D.C., Lovera, J., Brown, T. et al. (2012). A randomized trial of stress management for the prevention of new

Clinical Psychology Studies. 5 (1), 139 - 162. (Persian)

22. Kaviani, Hossein, Javaheri, Foruzan, Bahiray, Hadi. (2005). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*, 7 (1) ,49-59. (Persian)
23. Houghton, Kate, Kirk, Young and Clark, David. (1989). *Cognitive Behavior Therapy (Volume 1) A Practical Guide to the Treatment of Mental Disorders*. Translated by Habibollah Qasemzadeh (2019). Tehran: Arjmand.
24. Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R., & Ross, M. J. (2007). Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive therapy and research*, 31(1), 51-69.
25. Houghton, Kate, Kirk, Young and Clark, David. (1989). *Cognitive Behavior Therapy (Volume 1) A Practical Guide to the Treatment of Mental Disorders*. Translated by Habibollah Qasemzadeh (2019). Tehran: Arjmand.
26. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
27. Saboor, Soheila and Kakabrai, Keivan. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on the symptoms of depression, stress and pain indicators in women with chronic pain. *Rehabilitation research in nursing*. 2 (4), 1 - 9. (Persian)
28. Asgari, Mohammad, Hashemi Nasab, Batool and Faraji, Fardin. (2011). The effect of cognitive-behavioral stress management therapy on quality of life and depression in female MS patients in Arak.