

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

فرهاد هژیر^{۱*}؛ حسن احدی^۱؛ عباس پورشهباز^۲؛ منصور رضایی^۳

چکیده

زمینه: بازنمایی‌های ادراکی از بیماری (مدل لونتال) با بازده و سازگاری با بیماری همبسته‌اند. پیشنهاد شده مداخلاتی که با هدف ارتقاء بازده بیماران صورت می‌گیرند، تغییر این ابعاد شناختی از بیماری را هدف قرار دهند. بیماری مالتیپل اسکلروزیس، یک بیماری مزمن مشترک بین سیستم ایمنی و عصبی است که دارای پیامدهای جسمی و روان‌شناختی می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربندی (درمان شناختی- رفتاری) بر تغییر بازنمایی‌های ادراکی این گروه بیماران و ارتقاء حالات عاطفی آنان بود. روش‌ها: در این طرح مداخله‌ای، ۳۵ بیمار متمایل به شرکت در پژوهش از بین ۵۲ بیمار انتخابی، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص داده شدند. یک برنامه مداخله‌ای چندوجهی بر پایه رویکرد شناختی- رفتاری استفاده شد. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و در ۵ جلسه ملاقات گروهی شرکت کردند. پرسشنامه‌های روان‌شناختی IPQ-R و DASS-42 اجرا شد. آزمون‌های آماری لون و تی به‌کار بسته شد. یافته‌ها: در بازنمایی‌های ادراکی از بیماری در چهار بعد هویت، کنترل شخصی، درک روشن و پیامدهای بیماری، تغییرات مثبت حاصل گردید، به موازات آن در افسردگی، اضطراب، استرس و بازنمایی عاطفی از بیماری نیز ارتقاء صورت گرفت. نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری بر مبنای ساخت نظری مونی و پادسکی بر تعدیل بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مؤثر است. نتیجه این پژوهش به‌میزان کم‌تری با نتایج مداخله‌گودمن در بیماران (لوپوس اریتماتوس) و به‌میزان بیشتری با نتایج مداخله پتری در بیماران قلبی مشابه است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، مالتیپل اسکلروزیس، بازنمایی‌های ادراکی از بیماری، حالات عاطفی.

«دریافت: ۱۳۹۰/۳/۲ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۱۵»

۱. گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

۳. گروه آمار زیستی و عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، الهیه، شهرک بهداری، مرکز جامع توان بخشی الهیه، تلفن: ۰۹۱۸۸۳۲۵۸۹۱

Email: farhad.hazhir@yahoo.com

مقدمه

از آن، به‌کار می‌برد. ۲- علت بیماری: باورهای اختصاصی هر فرد درباره علت درک‌شده بیماری که به لحاظ پزشکی ممکن است به‌طور کامل صحیح نباشند. ۳- سیر بیماری: باورهای پیش‌بینانه در این‌باره که بیماری چه مدت طول خواهد کشید، پیش‌رونده است یا ثابت. ۴- پیامدها: باورهای فرد در مورد این‌که پیامدهای بیماری یا تأثیر آن بر زندگی، جسم، روابط اجتماعی و اهداف آرزوهای او چگونه خواهد بود و ۵- درمان/ کنترل‌پذیری

در مطالعات بر روی بازنمایی‌های ادراکی از بیماری (Illness representations) مدل مطروحه لونتال هوارد (Leventhal Hward) (۱-۳) که یک مدل خودتنظیمی (Self-regulatory) است نتایج حاکی از آن بوده‌اند که آدم‌ها در شرایط بیماری، تجارب خود را حول پنج عنصر شکل می‌دهند: ۱- هویت بیمار: شامل برچسب یا نامی است که فرد برای توصیف بیماری خود و علایمی ناشی

و هم سازگاری با آن ارتقاء یابد (۸ و ۹). این رویکرد نسبت به رویکرد قدیمی تر مداخلات که منتج از مدل لازاروس (Lazarus)، بیماری را یک استرسور عمده تلقی نموده و سپس به طراحی مداخلات با هدف تغییر مکانیزم های مقابله ای هیجان محور به مسأله محور می پرداخت، توسط پژوهش گرانی ارجح تر شمرده شده است (۹). این پژوهشگران، مداخله برای تغییر در ارزیابی های شناختی از بیماری را متقدم بر انتخاب مکانیزم های مقابله ای می دانند. در هر حال، مطالعات معدودی که به طراحی و اقدام به این گونه مداخلات (بر روی بازنمایی های ادراکی از بیماری) در بیماران مزمن پرداخته باشند، وجود دارد (۸ و ۱۰).

این معدود مطالعات نشان می دهند مداخلاتی که در آن ها بازسازی شناخت های مرتبط با بیماری مطروحه مدل لونتال، آماج مداخله و تغییرات تعدیلی قرار گیرند، قادر به ایجاد تغییرات مثبت در بازده بیماران هستند (۸ و ۱۰). این یافته ها حاکی از آنند که بین بازنمایی های ادراکی از بیماری و بازده خلقی و رفتاری در بیماران مزمن، پیوند وجود دارد. اهمیت این یافته ها از آنجا است که نشان می دهند بین پیش بینی های مدل خود تنظیمی لونتال و تئوری های زیرلایه مداخلات شناختی - رفتاری که قائل به ارتباط بین افکار، احساسات (احساسات عاطفی، حس های بدنی) و رفتار هستند (۱۲-۱۰) سنخیت و هم سازی وجود دارد. از این رو پژوهش گران (۱۰ و ۱۳) پیشنهاد می کنند مداخلاتی که هدف تغییر در بازنمایی های ادراکی را دارند بایستی پایه کار خود را بر تکنیک های شناختی - رفتاری استوار کنند.

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (M.S)، یک بیماری مشترک بین سیستم ایمنی و عصبی است که در آن سیستم ایمنی به بخش هایی از میلین (پوشش چربینه ای) (Myelin) سلول های عصبی، حمله و آن را اسکلروزه یا زخم نموده و در کار انتقال پیام های عصبی، اختلال ایجاد می کند (۱۴، ۱۵ و ۳۰). علت این بیماری در کل، ناشناخته است اما برخی پژوهشگران، زمینه ژنتیک را در

بیماری: عقایدی درباره این که آیا خود فرد یا مراجع درمانی می توانند تأثیری بر بیماری او، دوره آن یا علائم اش داشته باشند. اخیرتر مفهوم سازی اولیه این مدل با انجام چند تغییر بسط یافته است (۴). کنترل پذیری بیماری به دو بخش تفکیک شده که یکی عقاید فرد را در مورد کنترل شخصی خودش بر بیماری و دیگری، عقاید او را درباره تأثیر مراجع درمانی بر بیماریش می سنجد. سیر بیماری نیز به دو بخش حاد - مزمن و ادواری تفکیک شده است که اولی عقاید فرد را درباره این نکته که خط سیر زمانی بیماری خود را حاد می داند یا مزمن می سنجد و دومی عقاید فرد را درباره این که آیا خط سیر زمانی بیماری خود را به صورت دوره هایی از عود می بیند، می سنجد. یک بعد دیگر به نام درک واضح و روشن از بیماری به این مدل افزوده شده که به منزله نوعی فراشناخت عمل می کند و می کوشد دریابد تا دیگر ابعاد بازنمایی های ادراکی فرد از بیماریش، تا چه حدودی درک واضح و روشنی را از بیماری برایش فراهم نموده اند. از آنجا که مدل لونتال یک مدل موازی است که معتقد است به موازات بازنمایی های شناختی هر فردی از بیماری، بازنمایی های عاطفی از بیماری نیز در او شکل می گیرد (متمايز از حالت خلقی عمومی بیمار)، یک بخش دیگر نیز به نسخه بسط یافته مدل لونتال تحت عنوان «بازنمایی های عاطفی از بیماری»، افزوده شده است.

این عناصر هشت گانه در نسخه جدیدتر از مدل لونتال در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته و نسخه جدید را مورد تأیید قرار داده اند (۵ و ۶). به همین سان، ارتباط بین بازنمایی های ادراکی از بیماری و بازده (outcome) بیماری در چندین مطالعه مورد بررسی قرار گرفته که نتایج حاکی از آن بوده که آدم ها رفتارهای مرتبط با سلامت خود را حول این ابعاد شناختی از بیماری خود، شکل می بخشند (۷).

بر اساس این یافته ها برخی پژوهش گران پیشنهاد نموده اند که مداخلاتی بر روی بازنمایی های ادراکی در بیماران مزمن صورت پذیرد تا هم بازده بیماری بهتر شود

بر اساس نمونه‌گیری غیراحتمالی (نمونه‌گیری در دسترس)، از میان ۵۲ تن از بیماران M.S واجد شرایط شرکت در پژوهش که دارای پرونده مددکاری و پزشکی در مرکز جامع توان‌بخشی الهیه وابسته به سازمان بهزیستی و دفتر انجمن M.S شهر کرمانشاه (مستقر در همان مرکز) بودند، یک نمونه ۳۵ نفره متمایل به شرکت در پژوهش انتخاب شدند. به‌طور تصادفی، ۱۸ نفر به گروه آزمایش و ۱۷ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند. در نهایت، نتایج ۳۲ نفر (از هر گروه ۱۶ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداقل یک سال از تشخیص M.S گذشته باشد. ۲- میزان شدت بیماری از متوسط بیشتر نباشد (بر پایه نمره ۵/۵ و زیر آن در مقیاس وضعیت گسترش ناتوانی EDSS (Expanded Disability Status Scale)). ۳- عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی قبلی و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از ۳ ماه قبل. ۴- حداقل تحصیلات معادل دیپلم و ۵- حداقل سن ۲۰ سال. ملاک خروج عبارت بود از وجود نقایص شناختی (بر پایه نمره ۲۴ و کم‌تر در مقیاس معاینه مختصر وضعیت روانی MMSE (Mini Mental State Examination)).

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بود:

از پرسش‌نامه ادراک بیماری (IPQ-R= Illness perception Questionnaire-Revised) که برای سنجش ابعاد بسط یافته مدل لونتال ساخته شده است (۴) برای سنجش بازنمایی‌های ادراکی هفت‌گانه از بیماری (بخش شناختی پرسش‌نامه) و همچنین بازنمایی‌های عاطفی از بیماری (بخش عاطفی پرسش‌نامه) استفاده به‌عمل آمد. این پرسش‌نامه دارای ۸ مقیاس است که هفت مقیاس شناختی آن شامل مقیاس‌های هویت بیمار، سیر بیماری، حد - مزمن، سیر بیماری ادواری، پیامدهای بیماری، کنترل درمانی بر بیماری، کنترل شخصی بر بیماری، درک واضح و روشن از بیماری و بازنمایی‌های ادراکی از

آن مؤثر می‌دانند. شیوع آن بین زنان و نژاد سفید بیشتر است. چهارنوع از این بیماری شناخته شده است که شامل انواع ثابت، ادواری (که هر از چندی با تشدید و فروکش علایم همراه است)، نوع پیش‌رونده اولیه و پیش‌رونده ثانویه می‌باشد. این بیماری درمان قطعی ندارد. در این بیماری علاوه بر علایم و نشانه‌های جسمانی متنوع که لزوماً در همه بیماران یکسان نبوده و حتی در هر بیمار ممکن است در هر نوبت عود تغییر نماید، عوارض روان‌شناختی نیز ایجاد می‌شود که خصوصاً به‌علت سیار بودن علایم و پیش‌بینی‌ناپذیری بیماری، منجر به افت کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد. شایع‌ترین علایم روان‌شناختی در این بیماران شامل افسردگی، اضطراب، هم‌بودی آن دو و استرس می‌باشد. میزان شیوع اختلالات خلقی در این بیماران بیش از دیگر گروه‌های بیماران مزمن گزارش شده است (۱۶-۱۴).

در بررسی منابع مرتبط با موضوع تا سال ۲۰۰۹ (۱۴) و تاکنون مداخله‌ای که در آن بازنمایی‌های ادراکی از بیماری بیماران M.S، هدف تغییر قرار گرفته باشد، یافت نشد. هرچند که معدودی مداخله C.B.T که در آن‌ها حالات خلقی بیماران M.S هدف‌گیری شده، وجود دارد (۱۴ و ۱۵) هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی این بیماران بود. از این رو شاید اولین کوششی باشد که در آن یک برنامه مداخله‌ای (C.B.T) بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران M.S از بیماری‌شان اعمال می‌شود.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از یک طرح شبه‌آزمایشی (کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی) استفاده به‌عمل آمد که در آن با تخصیص تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایش، امکان اندازه‌گیری تغییرات حاصل از مداخله، فراهم و تغییرات طبیعی و یا ناشی از ماهیت پیش‌بینی‌ناپذیر بیماری M.S کنترل شد. این پژوهش به شیوه دوسوکور انجام گرفت.

سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی با فاصله سه هفته برای سه مقیاس به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس های این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب لیست اسامی مقیاس ها در جداول ۲ و ۳، ۰/۸۷، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ به دست آمد. لذا این پرسشنامه دارای اعتبار و پایایی مطلوب است.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که هر دو گروه در فاصله ۳ روز به آغاز و ۱۵ روز پس از اتمام مداخله، پرسشنامه ها را تکمیل کردند. گروه آزمایشی به طور تصادفی به دو زیرگروه تقسیم شد. یک روان شناس بالینی کارآزموده در زمینه C.B.T، مسئولیت اجرای برنامه مداخله ای را بر مبنای مسیر تعیین شده کتابچه کار مشترکی که برای بیماران و درمان گر تهیه شده بود، به عهده داشت. دوره درمانی به صورت ۱۰ جلسه ۲ ساعته در ۱۰ هفته متوالی برگزار شد. در فاصله جلسات، ۲۰ دقیقه استراحت داده می شد. گروه کنترل نیز در ۵ جلسه گردهمایی به فاصله دو هفته یکبار شرکت کرده و در آن جلسات به بحث راجع به مسایل عمومی پرداختند. طول جلسات برای گروه کنترل، ۱/۵ ساعت بود. این گروه از ابتدا در لیست انتظار قرار داده شده بودند.

برنامه مداخله ای بر اساس منابع معتبر (۸، ۱۰، ۱۲، ۱۵، و ۲۱-۱۹) و برحسب نیازهای اختصاصی بیماران M.S طراحی شده و محتوای مطالب یکایک جلسات در کتابچه کار مشترک، مندرج شده بود (۲۲). عناصر برنامه مداخله ای در لوحه ۱ مندرج است. روایی صوری و محتوایی این برنامه توسط ۴ استاد روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری داده ها توسط نرم افزار SPSS16 انجام شد. برای تعیین نرمال بودن توزیع همه داده های کمی از آزمون کالموگراف - اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه تفاوت بین پیش و پس آزمون ها در هر گروه به طور مجزا در همه مقیاس ها از آزمون تی زوجی

بیماری را می سنجد و مقیاس بازنمایی های عاطفی از بیماری نیز برای سنجش واکنش های عاطفی بیماران نسبت به خود بیماری (نسبتاً مستقل از حالت خلقی عمومی بیمار) مورد استفاده قرار می گیرد.

نمره گذاری همه مقیاس ها بر مبنای فاصله گذاری ۵ درجه ای از نوع لیکرتی انجام می شود. نمرات بالا در مقیاس های هویت بیمار، پیامدهای بیماری، سیر بیماری حاد - مزمن، سیر بیماری ادواری و بازنمایی های عاطفی از بیماری بیانگر وضعیت نامطلوب فرد در این مقیاس ها می باشد. اما نمرات بالا در مقیاس های کنترل درمانی، کنترل شخصی و درک واضح از بیماری بیانگر عقاید مثبت در ابعاد فوق است.

این پرسش نامه توسط مرکز پژوهش های شناخت، رفتار و فرهنگ (۳۱) به زبان فارسی ترجمه شده است و روایی سازه، ملاکی و گروه های خاص خوبی را از خود نشان داده است (۴). در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس های این پرسش نامه توسط آلفای کرونباخ به ترتیب لیست اسامی مقیاس ها در جداول ۲ و ۳، ۰/۷۹، ۰/۸۸، ۰/۵۱، ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ به دست آمد.

از فرم بلند پرسش نامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42= Depression, Anxiety, Stress Scale) برای سنجش حالات عاطفی بیماران استفاده به عمل آمد. این پرسش نامه یک پرسش نامه خودگزارشی است که به وسیله لوی باند و لوی باند (Lovibond & Lovibond) در سال ۱۹۹۵ ساخته شده (۱۷ و ۱۸) و دارای ۴۲ سؤال است که سه بعد افسردگی، اضطراب و استرس را (هر بعد توسط ۱۴ سؤال) می سنجد. نمرات بالا در هر مقیاس نشانگر وضعیت منفی فرد در آن مقیاس است. ضرایب پایایی محاسبه شده برای سه مقیاس مذکور در جمعیت غیربالینی (لوی باند و لوی باند - به نقل از ۱۷) و بالینی (براون (Brown)، همان منبع)، مطلوب و در همه موارد، بالای ۰/۸۴ گزارش شده است. در مطالعه ای بر روی جمعیت ۴۲۰ نفره غیربالینی ایرانی (۱۸)، ضرایب همسانی درونی

لوحه ۱- عناصر برنامه مداخله‌ای بر پایه رویکرد C.B.T

۱- بخش آموزش و ارائه اطلاعات درباره:

نوروپاتولوژی M.S، عوارض جسمی و روان شناختی M.S، اصول اساسی C.B.T، مقایسه رویکرد زیستی، روانی و اجتماعی با زیستی - طبی در تبیین M.S و نحوه تشخیص و درجه‌بندی حالات خلقی

۲- بخش آموزش روانی (Psycho education):

منطق شکل‌گیری اضطراب، افسردگی و افکار منفی در شرایط بیماری، منطق استفاده از همه تکنیک‌های شناختی و رفتاری مورد استفاده در برنامه و منطق تحولات شناختی در شرایط بیماری در ابعاد مطروحه مدل لونتال

۳- بخش شناختی:

تکنیک‌های تشخیص و بازسازی افکار اتوماتیک پراتهاب- تشخیص و بازسازی ابعاد شناختی مدل لونتال

۴- بخش رفتاری:

تکنیک‌های مهار علایم چون آرام‌سازی جسمانی و کنترل تنفسی و برنامه‌ریزی فعالیت-آزمایشات رفتاری

گروه کنترل که در لیست انتظار قرار گرفته بودند، می‌دانند تا در اولین فرصت، گشایش امکانات تدارکاتی آن را به انجام رسانند.

یافته‌ها

به لحاظ میانگین سنی و میانگین مدت ابتلا به M.S، بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $38/0 \pm 9/7$ و در گروه کنترل $36/6 \pm 9/8$ بود. میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به M.S در گروه آزمایش $10/9 \pm 6/2$ و در گروه کنترل $8/5 \pm 6/7$ سال بود. تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهایی چون جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و تحصیلی نیز وجود نداشت (جدول ۱).

بین پیش‌آزمون دو گروه در هیچ‌کدام از مقیاس‌های شناختی (IPQ-R)، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/06-0/64$)، اما تفاوت بین پیش‌آزمون دو گروه در مقیاس بازنمایی‌های عاطفی از بیماری این پرسش‌نامه معنادار بود ($P=0/04$). بین پیش‌آزمون دو گروه در هر سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/06-0/59$). این بخش از یافته‌ها بیان‌گر آن است که تصادفی‌سازی بین دو گروه به‌خوبی صورت پذیرفته است.

بین پیش و پس‌آزمون گروه آزمایش در مقیاس‌های هویت بیمار، پیامدهای بیماری، کنترل شخصی، درک واضح و روشن و بازنمایی‌های عاطفی (پرسشنامه IPQ-R) تفاوت معنادار وجود داشت اما در مقیاس‌های سیر بیماری حاد- مزمن، سیر بیماری ادواری و کنترل درمانی، تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۲) که به معنای اثربخشی مداخله بر ابعاد پنج‌گانه مذکور و عدم اثربخشی بر سه بعد دیگر است. بین پیش و پس‌آزمون گروه کنترل در هیچ‌یک از مقیاس‌های هشت‌گانه (IPQ-R)، تفاوت معناداری وجود نداشت که به معنی عدم تغییر ابعاد هشت‌گانه مورد سنجش توسط مقیاس‌های پرسش‌نامه (IPQ-R) در گروه کنترل است.

استفاده به‌عمل آمد. برای مقایسه تفاوت بین پیش و پس‌آزمون‌ها با یکدیگر در بین دو گروه و همچنین برای مقایسه تفاوت میانگین‌های حاصل تفاضل نمرات پیش و پس‌آزمون در هر گروه، در بین دو گروه، از آزمون‌های لون و تی مستقل استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی کمی بین دو گروه از آزمون‌های لون و تی مستقل و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای‌دو استفاده گردید.

از ضریب همبستگی پیرسون برای ارتباط بین متغیرهای کمی و از ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی همه مقیاس‌ها استفاده به‌عمل آمد.

به لحاظ پابندی به ضوابط اخلاقی، بیماران این پژوهش مجاز بودند تا در صورت تجربه مجدد عود یا تشدید علایم از پژوهش کناره‌گیرند. در ضمن، پژوهشگران خود را مقید به اجرای برنامه برای اعضای

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی و درصد بیماران دو گروه به لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی

نام متغیر	گزینه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل		سطح معناداری بر اساس آزمون کای دو
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	زن	۱۳	۸۱/۵	۱۲	۷۵	۰/۶۷
	مرد	۳	۱۸/۵	۴	۲۵	
وضعیت تحصیلی	دیپلم یا معادل	۹	۵۶/۲۵	۱۰	۶۲/۵	۰/۷۵
	لیسانس یا معادل	۷	۴۳/۷۵	۶	۳۷/۵	
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۴۳/۷۵	۵	۳۱/۲۵	۰/۴۳
	متاهل	۹	۶۲/۵	۱۱	۶۸/۷۵	
وضعیت شغلی	شاغل	۵	۳۱/۲۵	۳	۱۸/۵	۰/۳۸
	بیکار	۱۱	۶۸/۷۵	۱۳	۸۱/۵	

مجموع، مؤید فرضیه اول این پژوهش (اثربخشی C.B.T در تغییر بازنمایی های ادراکی از بیماری بیماران M.S) می باشد.

تفاوت (میانگین های حاصل تفاضل نمرات پیش و پس آزمون گروهی) در بین دو گروه، در مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس پرسش نامه (DASS) معنادار بود (جدول ۳). تغییرات حاصله در این سه مقیاس به علاوه تغییر در مقیاس بازنمایی های عاطفی از بیماری پرسش نامه (IPQ-R)، بیانگر اثربخشی مداخله (C.B.T) بر حالات عاطفی بیماران این پژوهش و همچنین بر بازنمایی های عاطفی آن ها از خود بیماری می باشد و فرضیه دوم این پژوهش را مورد تأیید قرار می دهد.

بحث

یافته های این پژوهش نشان می دهد که با کاربست یک برنامه مداخله ای چندوجهی بر مبنای ساخت نظری درمان شناختی- رفتاری بر روی بازنمایی های ادراکی بیماران M.S، در دو بعد هویت بیمار و پیامدهای بیماری، تغییرات معنادار کاهشی (تعدیلی) و در دو بعد کنترل شخصی بر بیماری و درک واضح و روشن از آن، ارتقاء حاصل شد اما در ابعاد سیر بیماری (حاد-مزمن)، ادواری

بین پیش و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس های افسردگی، استرس و اضطراب (DASS)، تفاوت کاهشی معنادار رخ داد (جدول ۲) که به معنی اثربخشی مداخله در ابعاد مذکور در گروه آزمایش است. بین پیش و پس آزمون گروه کنترل در مقیاس های افسردگی و اضطراب، تفاوت افزایشی معنادار رخ داد اما در مقیاس استرس، تفاوت معنادار نبود (جدول ۲). افزایش افسردگی و اضطراب در گروه کنترل، بیانگر پسرفت وضعیت بیماران در ابعاد مذکور است که در اثر عاملی غیر از مداخله رخ داده است.

تفاوت (میانگین های حاصل تفاضل نمرات پیش و پس آزمون گروهی) در بین دو گروه، در مقیاس های هویت بیمار، پیامدهای بیماری، کنترل شخصی، درک واضح و روشن از بیماری و بازنمایی های عاطفی از بیماری پرسش نامه (IPQ-R) معنادار بود اما در بقیه ۳ مقیاس این پرسش نامه معنادار نبود (جدول ۳)، که این یافته ها به معنی اثربخشی مداخله بر ۴ بعد شناختی از مجموعه ۷ بعد شناختی مطروحه مدل لوتال (بازنمایی های ادراکی از بیماری) و همچنین بر تنها بعد عاطفی مطروحه این مدل یعنی بعد بازنمایی های عاطفی از بیماری می باشد. تغییرات حاصله در ۴ بعد شناختی، در

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات پیش و پس آزمون دو گروه در پرسشنامه‌های IPQ-R و DASS-42

سطح معناداری	پس آزمون		پیش آزمون		خرده مقیاس	پرسش نامه	گروه آزمایش
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۰/۰۰۱	۲/۸۵	۵/۵۰	۳/۲۲	۹/۶۲	هویت بیمار	IPQ-R	گروه آزمایش
۰/۲۳	۵/۳۷	۱۶/۶۸	۵/۹۱	۱۹/۳۱	سیر بیماری (حاد- مزمن)		
۰/۸۰	۳/۸۳	۱۳/۱۹	۳/۰۹	۱۳/۳۱	سیر بیماری (ادواری)		
۰/۰۴	۶/۰۷	۱۸/۴۴	۴/۷۴	۲۱/۴۴	پیامدهای بیماری		
۰/۰۰۱	۳/۱۹	۲۴/۷۵	۳/۹۷	۱۹/۹۳	کنترل شخصی بر بیماری		
۰/۶۱	۳/۸۶	۱۹/۵۶	۳/۷۹	۱۸/۳۸	کنترل درمانی بر بیماری		
۰/۰۱	۴/۵۴	۱۷/۳۸	۴/۹۶	۱۳/۷۵	درک واضح و روشن از بیماری		
۰/۰۰۱	۴/۷۷	۱۷/۵۶	۵/۰۸	۲۳/۴۴	بازنمایی عاطفی از بیماری		
۰/۰۰۱	۵/۴۵	۱۳/۵۶	۸/۱۶	۲۱/۷۵	افسردگی	DASS	گروه کنترل
۰/۰۲	۶/۶۲	۱۱/۲۵	۶/۷۶	۱۳/۹۴	اضطراب		
۰/۰۰۱	۴/۷۰	۱۰/۸۸	۸/۲۲	۱۶/۸۸	استرس		
۰/۷۶	۳/۰۷	۱۱	۳/۴۸	۱۱/۱۹	هویت بیمار	IPQ-R	گروه کنترل
۰/۵۴	۶/۶۹	۱۷/۴۳	۶/۵۴	۱۸/۱۸	سیر بیماری (حاد- مزمن)		
۰/۹۲	۲/۵۸	۱۵/۱۹	۲/۴۸	۱۵/۲۵	سیر بیماری (ادواری)		
۰/۹۶	۵/۹۳	۲۰/۴۴	۶/۴۰	۲۰/۵۰	پیامدهای بیماری		
۰/۷۰	۳/۷۵	۲۳/۵۰	۳/۵۳	۲۳/۲۵	کنترل شخصی بر بیماری		
۰/۵۲	۳/۳۶	۱۹/۶۲	۳/۴۹	۱۹/۰۶	کنترل درمانی بر بیماری		
۰/۶۴	۵/۱۹	۱۶/۹۴	۳/۸۶	۱۶/۵۰	درک واضح و روشن از بیماری		
۰/۳۹	۶/۴۲	۲۰/۰۶	۵/۶۴	۱۹/۳۸	بازنمایی عاطفی از بیماری		
۰/۰۰۶	۶/۳۹	۱۹/۷۵	۶/۵۰	۱۶/۶۲	افسردگی	DASS	گروه کنترل
۰/۰۲	۷/۵۳	۱۸	۶/۰۷	۱۵/۶۲	اضطراب		
۰/۱۴	۷/۰۹	۱۹/۵۶	۶/۹۹	۱۸/۳۱	استرس		

جدول ۳- مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون هر گروه در بین دو گروه در پرسشنامه‌های IPQ-R و DASS-42

سطح معناداری	گروه کنترل		گروه آزمایش		خرده مقیاس	پرسش نامه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰۱	۲/۶۲	-۰/۲۵	۲/۵۳	-۴/۸۱	هویت بیمار	IPQ-R
۰/۲۳	۴/۸۳	-۰/۷۵	۳/۸۷	-۰۲/۶۲	سیر بیماری (حاد- مزمن)	
۰/۹۴	۲/۶۱	-۰/۶۲	۱/۹۶	-۰/۱۲	سیر بیماری (ادواری)	
۰/۰۴	۴/۸۷	-۰/۶۲	۲/۳۳	-۳	پیامدهای بیماری	
۰/۰۰۱	۲/۶۲	-۰/۲۵	۲/۵۳	۴/۸۱	کنترل شخصی بر بیماری	
۰/۶۱	۳/۴۲	۰/۵۶	۳/۴۶	۱/۱۸	کنترل درمانی بر بیماری	
۰/۰۱	۳/۷۴	۰/۴۳	۲/۸۴	۳/۶۲	درک واضح و روشن از بیماری	
۰/۰۰۱	۳/۱۱	-۰/۶۸	۲/۱۲	۵/۸۷	بازنمایی عاطفی از بیماری	
۰/۰۰۱	۳/۹۱	۳/۱۲	۵/۸۹	-۸/۱۸	افسردگی	DASS
۰/۰۰۲	۳/۹۳	۲/۳۷	۴/۳۰	-۲/۶۸	اضطراب	
۰/۰۰۱	۳/۲۷	۱/۲۵	۵/۷۷	-۶	استرس	

ساندرسون - ۲۵)، درمورد بیماری‌های بدعاقبت ترجیح می‌دهند یا کم صحبت کنند و یا به زبان فنی حرف می‌زنند تا بیماران نفهمند، ارایه اطلاعات و آموزش در مورد بیماری، نقش مؤثری را در ارتقاء درک واضح و روشن از آن ایفا می‌نماید.

همچنین در بخش بازسازی شناختی افکار ناسودمند برنامه، از تکنیک فرضیه‌آزمایی (۲۳ و ۲۴) استفاده به عمل آمد که با جمع‌آوری و ثبت شواهد موافق و مخالف یک فکر منفی یا ناکارآمد و مقایسه دو دسته از شواهد، فکر منطقی‌تر شکل می‌گیرد، از آنجا که این تکنیک دارای جنبه عینی‌تری می‌باشد در شرایط یک بیماری مزمن، دارای اثربندی بیشتری نسبت به دیگر تکنیک‌های شناختی است. گرین‌برگر و پادسکی نیز این تکنیک را در مورد بیماران دارای علایم جسمی به کار می‌گیرند (۱۹). استفاده از این تکنیک در پژوهش حاضر، نقش مؤثری بر تعدیل پیامدهای منفی‌ای که بیماران متصور بر بیماری خود می‌دیدند، ایفا نمود.

عدم تغییر در ابعاد سیر بیماری حاد- مزمن، سیر بیماری ادواری و کنترل درمانی، بیان‌گر آن است که برنامه مداخله‌ای به یک اصل اساسی کاربست (C.B.T) در بیماران مزمن (عدم نفی واقعیت بیماری، سیر ازمائی یا ادواری آن و عدم انکار فقدان درمان طبی قاطع برای بیماری در حال حاضر) پایبند بوده و با محتوای کاملاً مناسب تدوین شده است (۱۵ و ۱۹).

هدف مداخله حاضر نیز نفی هیچ‌یک از واقعیات فوق نبوده بلکه هدف آن بود که در نگرش‌های بیماران تغییراتی حاصل شود که در کنار پذیرش واقعیت بیماری خود، ازمان یا ادواری بودن آن و عدم وجود درمان قاطع طبی در زمان حال برای آن، می‌توانند با حمل بیماری با خود، کنترل بر آن و علایم‌اش و تعدیل برداشت منفی از تأثیر بیماری بر جسم و زندگی خود، از عوارض روان‌شناختی آن کاهیده و احساس به‌زیستی کنند.

با تغییر در ابعاد چهارگانه شناختی این پژوهش (فرضیه اول)، در فرضیه دوم نیز با کاهش افسردگی،

و کنترل طبی، تغییری پدید نیامد. تغییر در ابعاد مذکور را می‌توان در درجه اول، محصول استفاده از یک برنامه مداخله‌ای چندوجهی بر پایه مدلی از رویکرد شناختی - رفتاری به‌شمار آورد که در این مدل به جای تأکید بر رابطه سه‌جانبه (افکار، احساسات و رفتار) (۱۱ و ۲۳)، با تفکیک احساسات به دو بخش احساسات عاطفی و حس‌های بدنی و تأکید بر نقش عامل احساس‌های بدنی در برانگیختن افکار منفی در بیماران مزمن (۱۲ و ۱۵)، دارای تناسب و برازش بیشتری نسبت به مدل قدیمی برای به‌کارگیری در بیماران مزمن می‌باشد. استفاده از همین مدل در پژوهش حاضر، به دلیل تأکید ویژه‌ای که در آن بر آموزش نقش احساس‌های بدنی در انگیزختن افکار منفی ورزیده می‌شود، سهم مؤثری در تعدیل احساس هویت بیمار (کاهش اسناد علایم جسمی به M.S)، ایفا نمود. در درجه دوم، استفاده از یک برنامه مداخله‌ای چندوجهی به جای استفاده از یک یا دو تکنیک محدود شناختی یا رفتاری را (هرچند که امکان سنجش هریک از اجزای برنامه به‌طور مجزا بر تغییرات حاصله فراهم نبود) می‌توان عامل مؤثری در تغییرات حاصله به‌شمار آورد. بریانت و سارافینو (۲۰ و ۲۴) عنوان می‌نمایند که به هنگام رویارویی با استرسورهای عمده زندگی (همچون یک بیماری مزمن)، از آنجا که مشکلات این‌گونه افراد چندوجهی است بهتر است که از مداخلات چندوجهی استفاده به‌عمل آید.

ارایه آموزش و اطلاعات درباره M.S در بخش‌هایی از برنامه را نیز می‌توان واجد سهم و نقش مؤثری در ارتقاء درک واضح و روشن از بیماری و افزایش کنترل شخصی بر آن به‌شمار آورد. سارافینو و ساندرسون (۲۴ و ۲۵) عنوان می‌نمایند که ارایه اطلاعات و آموزش به بیماران درباره یک بیماری می‌تواند به افزایش احساس کنترل بیماران بر بیماری، دوره‌ها و علایم آن بیانجامد. به‌همین ترتیب، در بافت ارتباطی حاکم بر رابطه پزشک - بیمار در جامعه ما که معمولاً پزشکان اطلاعات چندانی به بیماران نمی‌دهند و به قول شاز (Szaz) (به نقل از

همچنان ادامه می‌یابد. از این رو، افزایش احساس کنترل شخصی بر بیماری و پیامدهای آن را می‌توان واجد سهم و نقش در کاهش استرس بیماران به‌شمار آورد.

سرانجام به‌دلیل آن‌که انتساب هرگونه علایم جسمی معمول روزمره به M.S، افکار منفی مرتبط با فعال شدن مجدد بیماری را می‌تواند احیاء نموده و به همراه خود افسردگی، استرس یا اضطراب ایجاد نماید، می‌توان دریافت که چگونه با تعدیل احساس هویت بیمار، در ابعاد خلقی مذکور نیز تعدیل حاصل می‌شود.

نتایج این پژوهش به‌میزان محدودی با نتیجه مداخله گودمن و همکاران (۱۰) بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران دچار لوپوس اریتماتوس سیستمیک (SLE) مشابه است، در مطالعه مذکور، کاربست C.B.T موجب تغییر در کنترل طبی، هویت بیمار، بازنمایی‌های عاطفی و دیسترس درک‌شده از بیماری گردید. با وجودی‌که SLE یک بیماری سیستم ایمنی است که از نوسان‌پذیری شدید در عوارض جسمی بیماران برخوردار است و بدین لحاظ با M.S مشابهت دارد اما تفاوت‌های اساسی دو بیماری و همچنین حجم کم نمونه (N=11) و میزان شدت بالای بیماری بیماران گروه آزمایش مداخله مذکور را می‌توان از علل عدم مشابهت بالای این دو پژوهش به‌شمار آورد. وقتی که میزان شدت بیماری بالاست، بیماران از مداخلات روان‌شناختی، کم‌ترین بهره را می‌برند (۲۹) زیرا که نمی‌توانند بر پروسه درمان متمرکز شده و درگیر یادگیری مهارت‌های آن شوند.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش پتری و همکاران (۸) بر روی بیماران رهیده از سکت قلبی، مشابهت بیشتری به لحاظ نتایج به‌دست‌آمده دارد. در پژوهش مذکور در ابعاد درک واضح، هویت بیمار، کنترل‌پذیری، سیر بیماری (مزمن)، پیامدها و بازنمایی‌های عاطفی، تغییرات مثبت پدید آمد اما متغیرهای وابسته آن پژوهش با پژوهش حاضر متفاوت بود. آن‌ها شاخص سازگاری با بیماری را ترک زودهنگام‌تر بیمارستان، بازگشت سریع‌تر بر سرکار و اعلام آمادگی حضور سریع‌تر برای ادامه درمان‌های

اضطراب، استرس و بازنمایی‌های عاطفی منفی از بیماری، تأیید حاصل گردید. بر طبق نظر باندورا (۲۶)، احساس ناتوانی برای کنترل جنبه‌های حیاتی زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس ایجاد می‌کند. متناسب با نظریه سلیگمن (۲۷)، وقتی آدم‌ها در شرایط احساس عجز و ناتوانی قرار می‌گیرند دچار حالت درماندگی آموخته می‌شوند که هسته افسردگی است. در این‌گونه شرایط، اسنادات آدم‌ها درونی، دائمی و فراگیر می‌شود. بیماران M.S که از درمان‌های قبلی پزشکی خود نتیجه نگرفته بودند و قبل از شرکت در این برنامه و آشنایی با مدل زیستی، روانی- اجتماعی در تبیین بیماری خود، امکان کنترل شخصی (هماهنگ با منبع کنترل درونی) بر بیماری خود را میسر نمی‌دیدند، تأثیرات منفی بیماری را بر جسم، زندگی و اهداف خود فراگیر و کلی ارزیابی نموده و این عوارض را پایدار و دائمی می‌دانستند، با شرکت در این دوره درمانی در اسنادات آن‌ها تغییر حاصل گردید. با توجه به نظرات باندورا و سلیگمن می‌توانیم دریابیم که با ارتقاء احساس کنترل شخصی بر بیماری و تعدیل برداشت از پیامدهای منفی برای آن، چگونه در احساس کنترل درونی آن‌ها بر بیماری تغییر حاصل شده و با تعدیل برداشت از تأثیر فراگیر و کلی بیماری و علایم آن بر حوزه‌های زندگی‌شان، در اضطراب، افسردگی، استرس و بازنمایی‌های عاطفی منفی از بیماری این بیماران، تعدیل پدید آمد.

از آن‌جا که ابهام درباره M.S و عوارض آن اضطراب‌زا و افسردگی‌آور است (۱۶-۱۴)، می‌توانیم دریابیم که ارتقاء درک واضح و روشن از این بیماری، موجب کاهش ابهام درخصوص این بیماری گشته و از این طریق در تعدیل حالات خلقی بیماران، سهم ایفا نموده است. از سوی دیگر، زمانی که بیماران، منبع استرس (بیماری) را غیرقابل کنترل بدانند طبیعی است که هم از مکانیزم‌های مقابله‌ای هیجان- محور استفاده می‌کنند (۲۴ و ۲۵) و هم به‌دلیل غیرمؤثر بودن این مکانیزم‌ها در شرایط تداوم منبع استرس (بیماری)، احساس استرس

نتیجه گیری

درمان شناختی-رفتاری بر مبنای ساخت نظری مونی و پادسکی که در آن بر ارتباط بین عناصر چهارگانه (افکار، حس‌های بدنی، احساسات عاطفی و رفتار) تأکید می‌شود، به دلیل امکان تأکید بر نقش حس‌های بدنی در برانگیختن افکار و حالات عاطفی منفی در بیماران مزمن در این مدل، چنانچه بر روی بازنمایی‌های ادراکی از بیماری بیماران M.S بر اساس یک مدل معتبر علمی (لونتال) (که تحولات سیستم شناختی افراد را در شرایط ابتلا به یک بیماری مزمن تبیین می‌کند) اعمال شود، قادر است با اصلاح بازنمایی‌های ادراکی از بیماری این بیماران، حالات عاطفی آن‌ها را نیز ارتقاء بخشد.

محدودیت‌ها

این پژوهش را می‌توان صرفاً یک مطالعه مقدماتی به‌منظور ایجاد توجه حرفه‌ای نسبت به امکان کاربست (C.B.T) در موقعیت گروهی بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران M.S و گشودن دریچه اجرای این گونه مداخلات بر روی سایر گروه‌های بیماران مزمن در نظر گرفت که در آن با توجه به حجم کم نمونه، میزان شدت بیماری (بیماران با شدت متوسط و خفیف شرکت داده شده‌اند)، باسواد بودن آزمودنی‌ها و عدم تفکیک انواع M.S از یکدیگر، از قابلیت تعمیم‌پذیری محدودی برخوردار است.

همچنین امکان پیگیری نتایج بلندمدت وجود نداشته و بیماران لزوماً از معیارهای تشخیصی (DSM-IV) برای اختلالات خلقی برخوردار نبوده و صرفاً منظور از حالات عاطفی، برخی از علائم همراه با بیماری می‌باشد که در این‌گونه بیماری‌های مزمن، موجب افت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۱۵، ۱۷ و ۲۲) در بیماران می‌گردد. چنانچه هدف، درمان بیمارانی از این دسته باشد که از اختلالات خلقی کلینیکال برخوردار بوده و لزوم توجه حرفه‌ای را ایجاب نمایند، بایستی برنامه مداخله‌ای نیز بسط یافته و یک بخش بازسازی افکار بنیادین نیز بدان

توانبخشی در نظر گرفته بودند که در هر سه بعد مذکور، تغییرات مثبت پدید آمد. هرچند تغییرات در متغیرهای وابسته آن‌ها مستلزم درجاتی از تعادل حالات خلقی بیماران است اما در آن پژوهش، این حالات، مستقیماً مورد بررسی قرار نگرفته است. تفاوت عمده در پژوهش مذکور با پژوهش حاضر آن است که زمان‌بندی مداخله متفاوت است و مداخله آن‌ها در محل بیمارستان به‌عمل آمده است تا این‌که یک‌سال از زمان اطلاع و پذیرش بیماری گذشته باشد (واکنش‌های روانشناختی اولیه به یک بیماری مزمن، متفاوت از واکنش‌های فاز پذیرش بیماری است). این پژوهش‌گران نیز بر تدوین برنامه مداخله‌ای گسترده‌تر که هم تغییر نگرش‌ها را هدف قرار داده و هم به بیماران قلبی در مورد بیماری آموزش و اطلاعات بدهد، تأکید ورزیده‌اند و هدف‌گیری بازنمایی‌های ادراکی مدل لونتال را از این بابت که نقطه آغازینی برای شکل سایر مواد برنامه مداخله‌ای حول آن است، توصیه نموده‌اند (۱۰).

پژوهش حاضر به‌رغم فقدان پیشینه کاملاً مشابه (کاربست C.B.T) بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران (M.S)، نتیجه‌گیری سیچ، توماس و بروگی من (۱۴، ۱۵ و ۲۸) را از این لحاظ مورد تأیید قرار می‌دهد که C.B.T با تغییر در افکار منفی و ناسودمند بیماران M.S (هرچند که به‌طور مشخص، منظور آن‌ها از افکار منفی، ابعاد شناختی مرتبط با بیماری مدل لونتال نیست) قادر است با تعدیل افسردگی، اضطراب و استرس بیماران M.S به آن‌ها در سازگاری با بیماری و حتی ارتقاء کیفیت زندگی (۱۵ و ۲۲) کمک نماید.

پسرفت حالات خلقی بیماران گروه کنترل در ابعاد خلقی (افسردگی و اضطراب) در این پژوهش یا به‌دلیل ماهیت نوسانی این بیماری رخ داده و یا به‌دلیل آن‌که چون پس‌آزمون این پژوهش، درست در اواسط مردادماه صورت گرفت و گرمای شدید موجب پسرفت وضع جسمانی این بیماران می‌گردد (منبع ۳۰)، تغییرات خلقی مذکور را می‌توان به پسرفت وضع جسمی آن‌ها نسبت داد.

رحیمی و عبدالرضا میرزائیان مدیران کل بهزیستی، نرگس کیانی و کیانوش متظهری که سالن کارگاه آموزشی دانشکده این سازمان و سایر امکانات تدارکاتی را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، میسر گردید. داریوش لامعی وظیفه درمان‌گری و فردین حسین‌خانی وظیفه ارزیابی و انجام بخش اساسی وظایف اجرایی تحقیق را برعهده داشتند، همچنین همکاری همه‌جانبه و بی‌دریغ بخش مددکاری مرکز جامع توان‌بخشی الهیه به اجرای پژوهش صورت تحقق رسانید. از همه آن‌ها سپاسگزاریم.

افزوده شود. شاید در این‌گونه موارد، درمان به شیوه فردی که در آن (C.B.T) به میزان بیشتری بر نیازهای اختصاصی هر بیمار قواره‌بندی می‌شود، نسبت به اجرای آن در موقعیت‌های گروهی، مزیت داشته باشد. باید توجه داشت که نتایج به‌دست‌آمده دارای معناداری آماری است نه معناداری کلینیکی.

تشکر و قدردانی

انجام این پژوهش با همکاری صمیمانه خانم دکتر نازنین رزازیان متخصص مغز و اعصاب، دکتر فرهاد

References

1. Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S. (Ed.) contributions to medical psychology. Vol. 2. New York: Pergamon. 1980; 17-30.
2. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self- regulation of health and illness]. In Comeron LD, Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behavior. London: Routledge. 2003: 42-65.
3. Pimm, TJ, Byron MA, Curson D, Weinman J. Personal illness models and the self management of arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1994; 37, 9 (Suppl.): S358.
4. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie J, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002; 17 (1): 1-16.
5. Weinman J, Petrie K, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 431-45.
6. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*. 1996;312(7040):1191-4.
7. Scharloo M, Kaptein A. Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illnesses: A review. In: Petrie KJ, Weinman JA. (Eds.) *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 1997:103-54.
8. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2002;64(4):580-6.
9. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res*. 2003;54(6):503-11; discussion 513-4.
10. Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossingham D. The application of cognitive-behavior therapy in altering illness representations of systemic lupus erythematosus. *Behav Change*. 2005; 22: 156- 71.
11. Clark DM, Fairburn CG. The science and practice of cognitive behavior therapy. Kaviani H. (Persian translator). 1st ed. Tehran: Fars Publisher. 2001; 9-73, 11-152.
12. Padesky CA, Mooney KA. Clinical tip; Presenting the cognitive model to clients. *International cognitive therapy newsletter*. 1990; 6: 13-14. Available at www.padesky.com
13. Petrie KJ, Weinman J. *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. 1st ed. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 1997; 11-36.
14. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1):CD004431.
15. Sage N, Sowden M, Chorlton E, Edeleau A. *CBT for chronic illness and palliative care; A workbook and Toolkit*. 1st ed. Sussex, John Wiley & Sons. 2008; 9-15, 18-45.
16. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(4):469-75.
17. Sadeghi Kh. [The effectiveness of cognitive- Behavioural therapy in treating patients with obesity (Persian)]. PhD thesis in clinical psychology. Iran University of Medical Sciences, Tehran psychiatric Institiue. 2007; 92-4.
18. Asghari-Moghadam MA, Saed F, Dibajinia P, Zangene J. [A preliminary study of psychometric properties of depression, anxiety, stress scale (DASS) among a non-clinical Iranian sample (Persain)]. *Daneshvar Rafter*. 2009; 31: 23-38.

19. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. Guilford press. 1995; 63-89.
20. Bryant RA, Harvey AG. Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment. American Psychological Association (APA). 2000; 87-134.
21. Taylor RR. Cognitive Behavioral Therapy for chronic illness and disability. Chicago: University of Illinois. Department of occupational therapy (MC 811). 2000.
22. Hazhir F. [The application of cognitive-Behaviour therapy for altering illness representations of (M.S) patients and improving their quality of life(Persian)]. PhD thesis in health psychology, Karaj, Islamic Azad University (2011).
23. Beck AT. Cognitive therapy and the Emotional disorders. 1st ed. New York: International Universities Press. 1976; 16-86.
24. Sarafino EP. Health psychology. Mirzaei E. (Persian translator). 1st ed. Tehran: Roshd Publisher. 2005; 188-92 & 252-62.
25. Sanderson C A. Health psychology. New York: Willey. 2004; 260-1.
26. Albert B. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company. 1997;137-60.
27. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development and death. 1st ed. San Francisco: Freeman. 1975; 8-56.
28. Bruggimann L, Annoni JM. Management of anxiety disorders in neurological disease. Schweitzer Archive for Neurology and Psychiatry. 2004; 155: 407-13.
29. Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness: psychotherapeutic interventions. Br J Psychiatry. 1996;168(3):265-73.
30. Ropper AH, Brown RH. Adams and victor's Principles of Neurology. 8th, MCGraw Hill S. 2005; 776.
31. Ghasemzadeh H, Arjmand M, Mohsenifar S, Hamidpour H. The revised illness perception questionnaire. available at (IPQ-R) Website.