

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Hope-Based Group Therapy on Pain Perception in Patients with Multiple Sclerosis (MS)

ABSTRACT

Background and Objective: In patients with multiple sclerosis, pain is a common phenomenon and plays an important role in mental health and quality of life of these individuals. Therefore, the purpose of this study was to compare the efficacy of cognitive behavioral group therapy and hope-based group therapy on perception of pain in patients with MS.

Materials and Methods: This is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and control group. 45 patients were randomly selected from MS patients with pain who referred to neurological and neurology specialists in Karaj, Iran, in the first six months of 2017. The participants were assigned to three groups with 15 subjects (two intervention groups and one control group). Each intervention group was treated for 8 sessions and the control group did not receive cognitive behavioral interventions and hope-based therapy. Pain perception was measured in pretest and posttest with Pain Questionnaire (MPQ).

Results: Independent results showed that both cognitive-behavioral therapy and hope-based therapy had a significant effect on pain relief in MS patients ($P=0.05$). Also, the effect of cognitive-behavioral therapy on emotional pain was significantly different from that of hope-based therapy ($P<0.05$).

Conclusion: The results indicated the importance of both methods, especially cognitive behavioral therapy, in reducing pain perception in patients with MS. Therefore, counselors and therapists can use both methods to reduce pain in these patients.

Keywords: Hope-based therapy, Cognitive-behavioral therapy, MS

Paper Type: Research Article.

► **Citation (Vancouver):** Rezaeinasab F, Borjali A, Taghdisi M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Hope-Based Group Therapy on Pain Perception in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Iran J Health Educ Health Promot. Autumn 2019*;7(3): 360-372. [Persian]

► **Citation (APA):** Rezaeinasab F., Borjali A., Taghdisi M. (Autumn 2019). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Hope-Based Group Therapy on Pain Perception in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Iranian Journal of Health Education & Health Promotion.*, 7(3), 360-372. [Persian]

Fereshteh Rezaeinasab

PhD student, Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Ahmad Borjali

* Associate Professor, Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding author): borjali@atu.ac.ir

Mohammadhossein Taghdisi

Associate Professor, Dept. of Health Education, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 16 December 2017

Accepted: 03 July 2019

DOI: 10.30699/ijhehp.7.3.360

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به MS (Multiple Sclerosis)

چکیده

زمینه و هدف: در بیماران مبتلا به MS (Multiple Sclerosis)، درد پدیده شایعی است و نقش مهمی در سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران دارد؛ بدین‌منظور هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید بر ادراک درد بیماران مبتلا به MS است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل صورت گرفته است. از میان بیماران مبتلا به MS دچار درد که به متخصصان مغز و اعصاب در شهر کرج در شش ماهه اول سال ۹۶ مراجعه کردند، ۴۵ نفر به‌صورت هدفمند و دردسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. هر گروه مداخله، ۸ جلسه تحت درمان گروهی قرار گرفتند و گروه گواه در این مدت با مداخلات شناختی-رفتاری و امیددرمانی مواجه نشدند. ادراک درد بیماران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسشنامه درد (MPQ) اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: براساس نتایج به دست آمده، هم درمان CBT و هم درمان مبتنی بر امید بر کاهش ادراک درد بیماران دچار ام‌اس تأثیر معنی‌داری دارد ($P < 0/05$). همچنین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر مؤلفه درد عاطفی در مقایسه با درمان مبتنی بر امید تفاوتی معنی‌دار دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بیان‌کننده اهمیت هر دو روش به‌ویژه روش درمان شناختی-رفتاری در کاهش ادراک درد بیماران مبتلا به MS است؛ بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از هر دو روش برای کاهش درد در این بیماران استفاده کنند.

کلید واژه: امیددرمانی، درمان شناختی-رفتاری، MS

نوع مقاله: مطالعه پژوهشی.

فرشته رضایی نسب

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

احمد برجعلی

* دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول):
borjali@atu.ac.ir

محمدحسین تقدیسی

دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۱۲

◀ **استناد (ونکوور):** رضایی نسب ف، برجعلی ا، تقدیسی م. مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به Multiple Sclerosis (MS). *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۸؛ (۳): ۳۶۰-۳۷۲.

◀ **استناد (APA):** رضایی نسب، فرشته؛ برجعلی، احمد؛ تقدیسی، محمدحسین (پاییز ۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید، بر ادراک درد بیماران مبتلا به Multiple Sclerosis (MS). *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. (۳): ۳۶۰-۳۷۲.

مقدمه

MS یا Multiple Sclerosis نوعی بیماری پیش‌رونده و تحلیل‌برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است (۱). همچنین بیماری مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که در آن واکنش‌های ایمنی به میلین غلاف آکسون‌ها در سیستم اعصاب مرکزی مغز و نخاع آسیب می‌رساند (۲). این بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند (۳). برخی از شایع‌ترین علائم جسمانی زودرس و اولیه این بیماری عبارت است از اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیاری ادرار و ضعف. افزون بر این مشکلات جسمی، معمولاً از بین رفتن میلین سلول‌های عصبی به مشکلات روحی و روانی از جمله افسردگی و ناامیدی منجر می‌شود. براساس دیدگاه متخصصان، حدود ۴۰ درصد بیماران مبتلا به MS با مشکلات خفیف روحی و روانی مواجه هستند و حدود ۱۰ درصد نیز مشکلات متوسط و شدیدی دارند (۴). دلیل این امر نامعلوم است، اما مطالعات بر عفونت ویروسی و اختلالات سیستم ایمنی تمرکز دارد (۵). تظاهرات MS از یک بیماری خوش‌خیم تا بیماری به‌سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (۶). بیماری MS اغلب در افرادی ایجاد می‌شود که در عرض‌های جغرافیایی شمالی زندگی می‌کنند (۷). براساس اعلام انجمن ملی MS در سال ۲۰۱۱ بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به MS هستند (۸). همچنین حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارند که ۱۶ هزار نفر آنان در این انجمن پرونده دارند. این بیماری بیشتر در ۲۰-۴۰ سالگی رخ می‌دهد و سومین علت ناتوانی در آمریکاست (۹)؛ شیوع این بیماری در این سنین به این دلیل است که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد. پیش‌آگاهی این بیماری نامعلوم است و بیماران با انواع علائم متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری مواجه می‌شوند. این بیماری ممکن است سبب بروز علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش‌آگاهی قطعی در بیمار شود. این علائم ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم التهاب و دمی‌لینه‌شدن اعصاب یا تأثیرات روانی بیماری مزمن و غیرقابل پیش‌بینی MS باشد. تظاهرات روانی

این بیماری شامل اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک‌پذیری و عصبانیت است (۱۰).

باید توجه داشت که درد علامتی بسیار شایع در بیماری MS است؛ به‌طوری‌که از هر دو نفر یک نفر از درد رنج می‌برد؛ البته نمی‌توان درد را به‌منزله اصلی برای اثبات این بیماری تلقی کرد. درد ممکن است زودتر از موعد حادث شود. دردهای عصبی نتیجه مستقیم بیماری هستند که به سیستم اعصاب مرکزی مربوط می‌شود. ۶۰ درصد از دردهای MS از این نوع است. دردهای عصبی عبارت است از دردهای بسیار شدید که در شرایطی خاص ظاهر می‌شود و دردهای عصبی مستمر که دائمی اما با شدت کمتر است. سایر دردها عبارت‌اند از دردی که به انقباض شدید عضلات شبیه است، دردهای شدید سطحی یا سوزشی، دردهای ثانویه مثل کم‌درد و... ادراک درد یعنی نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد. همچنین تحریف‌های شناختی مانند فاجعه‌آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آنها از درد و پیامدهای آن و به‌طور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با ادراک درد ارتباط دارد (۱۱). درد ممکن است منشأ جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبی یا روانی داشته باشد. درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر و محیط غیربهداشتی خانواده ارتباط دارد و ممکن است بر درمان‌های جسمانی مؤثر باشد؛ بنابراین پیش‌نیاز درمان‌های جسمانی درد مزمن، درمان عاطفی و دیگر مشکلات روان‌شناختی است.

در چند دهه اخیر، در روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌نگر به افزایش شادمانی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش توانمندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه تأکید شده است (۱۲)؛ البته با وجود اهمیت امید در سلامت جسمانی و روانی، در گذشته توجه چندانی به آن نشده بود، اما در جنبش جدید روان‌شناسی مثبت، این موضوع اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۳). تظاهرات بالینی بیماری MS در سازگاری فرد با بیماری تأثیرگذار است؛ به همین دلیل، مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را هدف قرار می‌دهند، به سازگاری فرد با این بیماری کمک می‌کنند (۱۴). از

مستقیم با افکار و احساسات که در همه اختلال‌های روانی اهمیتی آشکار دارند مرتبط است و شکافی را که بسیاری از درمانگران میان روش‌های رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا احساس می‌کنند از بین می‌برد (۱۸). براساس این دیدگاه فرض می‌شود هیجان‌ات و رفتارهای فرد متأثر از ادراک آنها از حوادث است؛ البته این خود موقعیت نیست که احساس افراد را مشخص می‌کند. هدف این مدل درمانی تغییر افکار و معانی اختصاصی است. تکالیف رفتاری نیز به این منظور به مراجع داده می‌شود که شواهدی برای افکار خود آیند منفی بیابند (۱۹). هدف درمان شناختی-رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی‌های مثبت و سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۲۰). این درمان نوعی رفتاردرمانی در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی و منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت (عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارها) است (۲۱). هدف گروه درمانی-شناختی این است که هریک از اعضا به تغییر عمیق فلسفی در خود برسند؛ یعنی واقعیت را- هرچند علاقه‌ای به آن ندارند- بپذیرند، افکار جادویی خود را فراموش کنند و برای همیشه از به‌کارگیری تعبیرهایی مانند وحشتناک یا فاجعه‌آمیز برای مشکلات و ناکامی‌های زندگی خود پرهیز کنند. باید توجه داشت که درمان بر خودیاری قرار دارد و هدف درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند مهارت‌های لازم را برای حل مسائل جاری و مسائل مشابه آنها در آینده رشد دهد. همچنین یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این درمان این است که آن را به صورت گروهی برای افراد به کار ببریم. گروه درمانی شناختی- رفتاری بر ابعاد شناختی و رفتاری و بر اندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل تأکید دارد و با ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی همراه است (۲۲). باید توجه داشت افراد مبتلا به بیماری MS مشکلات بسیاری در زمینه کنار آمدن با درد ناشی از بیماری، مسائل روان‌شناختی و عاطفی و همراه با ناامیدی که حتی تشدیدکننده بیماری هستند، مواجه می‌شوند. همچنین MS بیماری خودایمنی است. وضعیت روانی فرد نیز بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد. در این بیماری درد پدیده شایعی است که بر کیفیت زندگی

آنجا که این بیماری یکی از عوامل تهدیدکننده امید است، پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار می‌دهد، اهمیت دارد. در میان درمان‌های روان‌شناختی مبتلایان به MS، امید درمانی Schneide تنها درمانی است که امید را هدف اصلی قرار داده است. همچنین با ترکیب اصول مداخلات مبتنی بر شرح حال و تمرکز بر حل مسئله مشکلات شناختی-رفتاری، نظام درمانی کوتاه‌مدت، نیمه‌ساختاریافته و جدید را ارائه می‌کند. براساس نظریه Schneider، امید از سه مؤلفه اصلی هدف، عامل و کارگزار تشکیل شده است. تغییر امید، فرایند یادگیری است؛ بنابراین درمانگر با مداخله آموزش و با استفاده از برنامه‌های آموزش فردی و گروهی گوناگونی که به این منظور تدوین شده است، به افزایش امید و تفکر امیدوارانه مراجع کمک می‌کند (۱۵). از دیدگاه اشنایدر، کاربرد امید به دلیل تأثیرات شگرف در پدیدآیی و درمان عمده بیماری‌های جسمانی و روانی در مراکز درمانی مرتبط با سلامت می‌تواند مرکز بیمارنگر را به مرکزی سلامت‌نگر تبدیل کند. در امیددرمانی این هدف مدنظر است که به درمان‌جویان کمک شود هدف‌های روشنی را مشخص و طبقه‌بندی کنند. همچنین مسیرهای متعددی برای این اهداف تشکیل شود و درمان‌جویان برای تعقیب هدف‌ها برانگیخته، و موانع به‌منزله چالش‌هایی که باید بر آنها غلبه کرد، چارچوب‌بندی شوند. این مداخله از اندیشه‌های برگرفته از درمان شناختی-رفتاری درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود و به صورت گروهی صورت می‌گیرد؛ زیرا در نظریه اشنایدر فرض بر این است که تفکر امیدوارانه در فرایند تبدالی منعکس می‌شود (۱۶). همچنین اعتقاد بر این است که درمان‌های گروهی در بیشتر اختلال‌های روانی مؤثر است؛ زیرا بیماران در گروه، احساس قدرت می‌کنند و اعتماد به نفسشان افزایش می‌یابد. یکی از روش‌های درمانی، رفتاردرمانی شناختی است. براساس این دیدگاه، تجربه‌های افراد به تشکیل فرض‌ها یا طرح‌واره‌هایی درباره خویش و جهان می‌انجامد و این طرح‌واره‌های فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل ارزیابی رفتار تأثیرگذار است (۱۷). روش‌های شناختی-رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتاردرمانی، به شکلی

شد و افراد نمونه در یکی از کلینیک‌های روان‌شناختی شهر کرج در جلسات حضور پیدا کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از سن ۲۰-۴۵، حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی جسمی و روانی کافی برای نوشتن و حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به بیماری MS. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از شرکت هم‌زمان در کارگاه یا کلاس آموزشی مرتبط با موضوع پژوهش، ابتلا به اختلالات حاد روحی و جسمی مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفس و افسردگی شدید، اسکیزوفرنیا، داشتن اختلال در تکلم یا شنوایی و سوء مصرف مواد.

پرسشنامه ادراک درد مک‌گیل (MPQ)

سنجش ابعاد درد به کمک پرسشنامه درد مک‌گیل صورت گرفت. این پرسشنامه شامل بیست مجموعه کلمه است که دربرگیرنده چهار بعد حسی (مجموعه یک تا ده)، بعد عاطفی (مجموعه ۱۱ تا ۱۵)، بعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۶) و دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. پرسشنامه درد مک‌گیل کاربردی‌ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است (۲۳) که چهار بعد اصلی و ۲۰ زیرگروه و در مجموع ۷۸ کلمه را شامل می‌شود. در هر زیرگروه شدت درد از بالا به پایین افزایش می‌یابد؛ بنابراین پایین‌ترین کلمه بالاترین امتیاز را دارد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ درصد و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸ محاسبه شده است. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده‌دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی‌سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک‌گیل به زبان فارسی پرداختند و نتیجه گرفتند که پرسشنامه فارسی درد مک‌گیل انطباق فرهنگی و پایایی کافی را برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی درد مزمن دارد. در مطالعه آنها (نمونه = ۸۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی، شناختی و متفرقه) بیشتر از ۰/۸۰ محاسبه شد (۲۴). میزان آلفای کرونباخ همه متغیرهای این پژوهش بیشتر از معیار ۰/۷ و میزان پایایی ادراک درد ۰/۹۱ است که پایایی مناسب این مقیاس را نشان می‌دهد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دریافت مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها به سه گروه تقسیم شدند که شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل

و سلامت روان آنها تأثیر منفی می‌گذارد؛ بنابراین به منظور ارتقای توانمندی آنها برای مقابله کارآمد با ملزومات بیماری MS به مداخلات روان‌شناختی نیازمندیم که در این صورت ممکن است روش‌های درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر امید مؤثر باشند. در شواهد پژوهشی تاحدودی به اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری و امیددرمانی بر علائم روان‌شناختی، کیفیت زندگی و... بیماران مبتلا به MS توجه شده است، اما نمونه پژوهش‌هایی که به‌طور مشخص به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و امیددرمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ادراک درد در بیماران MS بپردازد، کمیاب است؛ بنابراین در پژوهش حاضر به این پرسش پاسخ داده می‌شود که کدام یک از مداخلات گروهی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری و امیددرمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ادراک درد در بیماران MS مؤثرتر خواهد بود؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و مطالعه‌ای نیمه‌تجربی (نیمه‌آزمایشی) است که دو گروه مداخله و یک گروه کنترل را شامل می‌شود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به MS است که به چند نفر از متخصصان مغز و اعصاب در شهر کرج مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به MS است که به روش دردسترس و هدفمند براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و داوطلبانه انتخاب شدند. همچنین به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره متشکل از دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. یک گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش گروهی رفتار درمانی-شناختی قرار گرفت و گروه مداخله دیگر نیز در همین زمان مورد مداخله گروهی امیددرمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ یک از مداخلات شناختی رفتاری و امیددرمانی را دریافت نکرد. همه نمونه‌ها در دو مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون که با فاصله دو ماه از هم صورت گرفت، پرسشنامه مربوط را تکمیل کردند. باید توجه داشت که افراد نمونه پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند و از ذکر نام و نام خانوادگی خود در پرسشنامه‌ها معاف بودند. پرسشنامه‌ها نیز با حروف اختصاری کدگذاری

بودند. پژوهشگران محتوای مداخله درمان شناختی-رفتاری را براساس پکیج این درمان برای بیماری‌های مزمن پزشکی Craig White ترجمه رضا مولودی، کتابیون فتاحی (۲۵) و محتوای مداخله درمان مبتنی بر امید براساس پکیج امیددرمانی Schneider برگرفته از کتاب مبانی امید و امیددرمانی نوشته Bahadori تهیه کردند (۲۶).

جلسه اول به معارفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آشنایی با فرایند CBT ارائه تکلیف، آشنایی بیماران با نوروپاتولوژی بیماری MS، انواع و علت بیماری، آشنایی با عوارض روان‌شناختی بیماری و رابطه سیستم عصبی-ایمنی و روانی اختصاص یافت. در جلسه دوم به مرور تکلیف، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه شناختی-رفتاری، آشنایی اعضا با تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی و ارائه تکلیف و آموزش به بیماران درباره چگونگی روابط میان افکار، خلق، احساس‌های جسمی، رفتار و موقعیت با ذکر مثال‌هایی از بیماری MS، آموزش به بیماران برای تشخیص و درجه‌بندی حالات خلقی خود و آموزش روانی درباره علائم روان‌شناختی شایع در این بیماران برحسب منابع علمی و کسب آمادگی اولیه برای کنترل علائم پرداخته شد. در جلسه سوم، مرور تکلیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی، خطاهای منطقی و ارائه تکلیف، توضیح منطق مهار اضطراب، توضیح منطق استفاده از آرام‌سازی جسمانی، عوارض محتمل‌الوقوع در جریان اجرا و آشنایی با نکات لازم رعایت برای تسهیل اجرای تکنیک، توضیح منطق استفاده از تکنیک کنترل تنفسی و عوارض محتمل‌الوقوع در جریان اجرای تکنیک صورت گرفت. در جلسه چهارم به مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت طرح‌واره‌ها و ارتباط میان آنها و افکار خودآیند، همچنین شناسایی طرح‌واره‌ها، آموزش درباره ضرورت تشخیص افکار خودآیند پرتلهاب و به چالش کشیدن آنها پرداخته شد. در جلسه پنجم به مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با پیکان عمودی، انواع باورها و ارائه تکلیف، آموزش نحوه بازسازی شناختی به کمک جایگزین‌سازی افکار متعادل با افکار پرتلهاب و تخصیص بخشی از وقت جلسه به پرسش‌های بیماران درباره مطالب مطرح

در جلسات چهارم و پنجم صورت گرفت. جلسه ششم شامل مرور تکلیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه‌های شناختی و درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی و ارائه تکلیف بود. در جلسه هفتم مرور تکلیف جلسه قبل، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و تحلیل هم‌سانی باورها صورت گرفت. در جلسه هشتم نیز به مرور مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن فرصتی برای پایان‌دادن به برنامه گروه درمانی و پس‌آزمون پرداخته شد. در جلسه اول گروه درمانی مبتنی بر امید، رابطه MS با کیفیت زندگی، سلامت عمومی، میزان درد، بررسی تعیین نحوه تأثیر MS بر کیفیت بیماری، رابطه امیددرمانی بر MS، انتخاب اهداف درمانی و تشخیص آماج‌ها برای مداخله بیان شد. در جلسه دوم، به شناخت مشکل کلی بیمار، به کارگیری فنون امیددرمانی، روش‌های درمانی تسکینی و نفوذی (گوش‌دادن توجه‌آمیز و همدلانه)، سنجش مشکلات بیماران در حیطه امید و بیان رابطه آن با میزان کنترل در دو طرح‌واره صورت گرفت. جلسه سوم شامل ارائه اهداف و توافق بر سر دستور کار، حفظ اتحاد درمانی و استفاده از فنون مداخله راه‌حل محور بود. در جلسه چهارم، مفهوم، اصول، مبانی امیددرمانی و مؤلفه‌های امید و تمایز میان امید و امیدواهی به بیماران با تأکید بر مثال‌هایی از فرهنگ ایرانی-اسلامی معرفی شد. جلسه پنجم به استفاده از فنون روایتی، داستانی و استعاره‌ها در زمینه امید با تأکید بر نقش امیددهی در ادیان به‌ویژه دین اسلام به‌منظور امیدسازی با القای امید، تفسیر وقایع از منظر دین و روان‌شناسی مثبت اختصاص یافت. در جلسه ششم، جهت‌دادن بیماران به زمان حال و آینده به‌جای ماندن در گذشته، تشویق آنها به نوشتن مطالب به کمک داستان خود، رابطه این نوشته یا داستان با MS و ارائه آن در جلسه درمان صورت گرفت. همچنین جلسه هفتم شامل گوش‌دادن به داستان بیماران با توجه به تکلیف ارائه‌شده در جلسه قبل، ادامه امیدافزایی در بیماران و آشنایی با مراحل هدف‌گزینی در زندگی بود. در جلسه هشتم نیز به استفاده از فنون گوناگون هدف‌گزینی و خلق اهداف روشن و عملی، رفع موانع ذهنی امید با استفاده از

بودند. پژوهشگران محتوای مداخله درمان شناختی-رفتاری را براساس پکیج این درمان برای بیماری‌های مزمن پزشکی Craig White ترجمه رضا مولودی، کتابیون فتاحی (۲۵) و محتوای مداخله درمان مبتنی بر امید براساس پکیج امیددرمانی Schneider برگرفته از کتاب مبانی امید و امیددرمانی نوشته Bahadori تهیه کردند (۲۶).

جلسه اول به معارفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آشنایی با فرایند CBT ارائه تکلیف، آشنایی بیماران با نوروپاتولوژی بیماری MS، انواع و علت بیماری، آشنایی با عوارض روان‌شناختی بیماری و رابطه سیستم عصبی-ایمنی و روانی اختصاص یافت. در جلسه دوم به مرور تکلیف، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه شناختی-رفتاری، آشنایی اعضا با تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی و ارائه تکلیف و آموزش به بیماران درباره چگونگی روابط میان افکار، خلق، احساس‌های جسمی، رفتار و موقعیت با ذکر مثال‌هایی از بیماری MS، آموزش به بیماران برای تشخیص و درجه‌بندی حالات خلقی خود و آموزش روانی درباره علائم روان‌شناختی شایع در این بیماران برحسب منابع علمی و کسب آمادگی اولیه برای کنترل علائم پرداخته شد. در جلسه سوم، مرور تکلیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی، خطاهای منطقی و ارائه تکلیف، توضیح منطق مهار اضطراب، توضیح منطق استفاده از آرام‌سازی جسمانی، عوارض محتمل‌الوقوع در جریان اجرا و آشنایی با نکات لازم رعایت برای تسهیل اجرای تکنیک، توضیح منطق استفاده از تکنیک کنترل تنفسی و عوارض محتمل‌الوقوع در جریان اجرای تکنیک صورت گرفت. در جلسه چهارم به مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت طرح‌واره‌ها و ارتباط میان آنها و افکار خودآیند، همچنین شناسایی طرح‌واره‌ها، آموزش درباره ضرورت تشخیص افکار خودآیند پرتلهاب و به چالش کشیدن آنها پرداخته شد. در جلسه پنجم به مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با پیکان عمودی، انواع باورها و ارائه تکلیف، آموزش نحوه بازسازی شناختی به کمک جایگزین‌سازی افکار متعادل با افکار پرتلهاب و تخصیص بخشی از وقت جلسه به پرسش‌های بیماران درباره مطالب مطرح

پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبودند. که نتایج آنها در جداول شماره ۳، ۴، ۵ آمده است.

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر ادراک درد از هر دو آزمون Ancova و Mancova استفاده شد (آزمون Ancova برای بررسی تأثیر مداخله بر نمره کل ادراک درد و آزمون Mancova به‌منظور بررسی تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های ادراک درد). نتایج این فرایند در جدول ۶ و ۷ آمده است. براساس نتایج جدول ۳، سطح معنی‌داری آزمون Ancova کمتر از مقدار مفروض $0/05$ است که نشان می‌دهد از جنبه آماری رویکرد شناختی-رفتاری، میزان ادراک درد آنان کاهش معنی‌داری یافته است ($P < 0/05$ ، $F = 38/64$). اندازه اثر نیز $0/520$ و مقدار بالایی است که اثرگذاری چشمگیر رویکرد شناختی-رفتاری را بر ادراک درد نشان می‌دهد. در جدول ۷ نتایج آزمون Mancova با هدف تعیین اثر رویکرد شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های ادراک درد گزارش شده است. از آنجا که ادراک درد چهار مؤلفه دارد، باید از آزمون Mancova به‌جای Ancova استفاده کرد. براساس نتایج آزمون Mancova، رویکرد CBT بر همه مؤلفه‌های ادراک درد تأثیر معنی‌داری دارد ($P < 0/05$). سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده برای همه مؤلفه‌های ادراک درد کمتر از مقدار مفروض $0/05$ است که نشان می‌دهد رویکرد شناختی-رفتاری منجر به کاهش معنی‌دار در میزان تمامی مؤلفه‌های ادراک درد شده است. مقایسه اندازه‌های اثر به‌دست‌آمده نشان می‌دهد بیشترین اندازه اثر به مؤلفه‌های ارزیابی درد ($0/663$) و دردهای گوناگون ($0/525$)، و کمترین اندازه اثر به درد عاطفی ($0/488$) و درد حسی ($0/215$) مربوط است.

به‌منظور سنجش اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر امید بر ادراک درد از دو آزمون Ancova و Mancova استفاده شد (آزمون Ancova برای بررسی تأثیر مداخله بر نمره کل ادراک درد و آزمون Mancova به‌منظور بررسی تأثیر مداخله بر مؤلفه‌های ادراک درد). نتایج این فرایند در جدول ۸ و ۹ آمده است. براساس جدول ۵، سطح معنی‌داری آزمون Ancova کمتر از مقدار مفروض $0/05$ است که نشان می‌دهد از جنبه آماری رویکرد مبتنی بر امید موجب

فنون امیددرمانی و درنهایت پس‌آزمون پرداخته شد. کلاس‌ها در یکی از کلینیک‌های کرج برگزار شد. در بخش یافته‌های استنباطی، جهت سنجش پیش‌فرضها و بررسی نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها از آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لوین و ام‌باکس Box's M و به‌منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (Ancova)، تحلیل واریانس چندمتغیره (Mancova)، آزمون t گروه‌های مستقل و آزمون t گروه‌های هم‌بسته استفاده شد. حداکثر سطح خطای آلفا برای آزمون فرضیه‌ها، $0/05$ تعیین شد ($P < 0/05$). تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخه ۲۴ و Excel صورت گرفت. در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها اصل رازداری، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی بیان شد. شرکت‌کنندگان نیز رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش را تکمیل کردند.

یافته‌ها

در جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک تأهل، جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی افراد مبتلا به MS به تفکیک گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر امید گزارش شد. فراوانی هر گروه ۱۵ نفر و فراوانی کل ۴۵ بود. براساس یافته‌ها، وضعیت جمعیت‌شناختی سه گروه کنترل، شناختی-رفتاری و امیددرمانی مشابه یکدیگر است. درصد فراوانی افرادی که تحصیلات دیپلم و پایین‌تر دارند در گروه کنترل ۵۴ درصد، گروه شناختی-رفتاری ۶۰ درصد و گروه امیددرمانی ۵۴ درصد است. در گروه کنترل، ۴۷ درصد کمتر از ۴۰ سال و ۵۳ درصد بیشتر از ۴۰ سال دارند. در گروه شناختی-رفتاری ۵۳ درصد کمتر از ۴۰ سال و ۴۷ درصد بیشتر از ۴۰ سال دارند. در گروه امیددرمانی نیز ۳۴ درصد کمتر از ۴۰ سال و ۶۶ درصد بیشتر از ۴۰ سال دارند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ادراک درد به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون آورده شده است. همچنین بررسی پیش‌فرض‌ها نشان می‌دهد فرض نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها برقرار است؛ زیرا نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون‌های شاپیرو-ویلک، لوین و ام‌باکس Box's M برای هیچ‌یک از متغیرهای

سن						
۲۷	۴	۱۳	۲	۲۷	۴	۳۰ تا ۲۰
۷	۱	۴۰	۶	۲۰	۳	۴۰ تا ۳۱
۳۳	۵	۲۰	۳	۲۰	۳	۵۰ تا ۴۱
۳۳	۵	۲۷	۴	۳۳	۵	بیشتر از ۵۰
وضعیت تأهل						
۲۷	۴	۴۰	۶	۳۳	۵	مجرد
۷۳	۱۱	۵۳	۸	۶۶	۱۰	متاهل

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های ادراک درد به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	پیش	۶۴/۹۶	۱۲/۶۸
	پس	۶۵/۲۰	۱۴/۵۵
ادراک درد	پیش	۶۴/۲۴	۱۱/۳۳
	پس	۴۰/۶۶	۸/۷۴
امیددرمانی	پیش	۶۵/۲۶	۱۲/۷۹
	پس	۴۷/۷۲	۸/۸۴

جدول ۳. آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	آماره	معنی داری	کجی	کشیدگی
درد حسی	۰/۹۳۲	۰/۲۶۱	۰/۱۷۲	۱/۳۰
درد عاطفی	۰/۸۶۲	۰/۰۲۰	۰/۶۶۲	۰/۱۹۹
ارزیابی درد	۰/۸۵۵	۰/۰۱۶	۰/۳۳۴	۰/۱۴۸
دردهای گوناگون	۰/۹۳۴	۰/۲۶۱	۰/۴۴۱	۰/۳۹۶
ادراک درد (کل)	۰/۹۱۶	۰/۱۵۴	۰/۳۳۹	۱/۲۵

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون ام‌باکس)

نوع متغیرها	نوع آماره
مؤلفه‌های ادراک درد	۲۵/۵۱
	Box's M
	۱/۶۳
	آماره F
	۱۰
	درجه آزادی
	۰/۰۹۳
	سطح معنی داری

کاهش معنی‌دار در میزان ادراک درد آنان شده است ($P < 0/05$)، $F=28/08$). اندازه اثر نیز $0/474$ است. براساس نتایج جدول ۶، بررسی تأثیر آزمون لامبدای ویلکز (تأثیر چندمتغیره)، مقدار F ، $71/29$ و در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است ($P < 0/01$). این مقوله نشان می‌دهد اثر مداخله در حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنی‌دار است. مقدار اتا نیز $0/509$ است. با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل اثربخشی دو رویکرد شناختی-رفتاری و مبتنی بر امید بر ادراک درد مقایسه شد. برای این منظور، اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه به دست آمد و نمرات در گام آخر با استفاده از آزمون t مستقل مقایسه شد. نتایج این آزمون در جدول ۱۰ آمده است. براساس نتایج آزمون t مستقل، نمرات سه مؤلفه درد حسی، ارزیابی درد، دردهای گوناگون و نمره کل ادراک درد بین دو رویکرد تفاوتی ندارند ($P > 0/05$)، اما رویکرد شناختی-رفتاری تأثیر بیشتری بر درد عاطفی در مقایسه با رویکرد مبتنی بر امید دارد که این تفاوت تأثیر از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$). نکته مهم درمورد میانگین‌ها و اختلاف میانگین‌های مؤلفه‌ها تفاوت دامنه نمرات مؤلفه‌هاست. اختلاف میانگین رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد مبتنی بر امید $1/28$ است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان‌دهنده بیشتر بودن تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک افراد مبتلا به MS به تفکیک گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و مبتنی بر امید

ویژگی	گروه کنترل		گروه شناختی-رفتاری		گروه مبتنی بر امید	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
تا دیپلم	۴	۲۷	۴	۲۷	۴	۲۷
دیپلم	۴	۲۷	۵	۳۳	۴	۲۷
فوق‌دیپلم و لیسانس	۵	۳۳	۳	۲۰	۶	۴۰
فوق‌لیسانس و دکترا	۲	۱۳	۳	۲۰	۱	۷

جدول ۹. نتایج آزمون **Mancova** به منظور بررسی تفاوت میانگین‌ها و اثر عامل گروه (رویکرد CBT) بر مؤلفه‌های ادراک درد

منبع اثر	متغیر وابسته	میانگین مجذورات آزادی	درجه	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درد حسی	۶۰/۴۵	۱	۱۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	
درد عاطفی	۵۸/۵۷	۱	۱۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵	
ارزیابی درد (امیددرمانی)	۷۹/۴۰	۱	۳۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	
دردهای گوناگون	۹۵/۱۸	۱	۴۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	

جدول ۱۰. مقایسه میزان اثربخشی دو رویکرد شناختی-رفتاری و مبتنی بر امید بر ادراک درد

متغیرها	اختلاف میانگین دو مرحله	تفاوت میانگین	مقدار t	سطح معنی‌داری
درد حسی	۱۱/۵۴	۹/۰۱	۲/۵۳	۱/۵۸
درد عاطفی	۴/۸۴	۳/۵۶	۱/۲۸	۲/۶۰
ارزیابی درد	۳۳/۱	۰/۹۶	۳۷/۰	۱/۸۵
دردهای گوناگون	۸۷/۵	۴/۰۱	۱/۸۶	۱/۴۹
ادراک درد (نمره کل)	۲۳/۵۸	۱۷/۵۴	۶/۰۴	۱/۹۳

بر اساس نتایج آزمون t مستقل، در نمرات سه مؤلفه درد حسی، ارزیابی درد، دردهای گوناگون و نمره کل ادراک درد میان دو رویکرد تفاوتی وجود ندارد ($P > 0/05$)، اما رویکرد شناختی-رفتاری در مقایسه با رویکرد مبتنی بر امید، تأثیر بیشتری بر درد عاطفی دارد و این تفاوت تأثیر از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$). نکته مهم در مورد میانگین‌ها و اختلاف میانگین‌های مؤلفه‌ها این است که دامنه نمرات مؤلفه‌ها متفاوت است. اختلاف میانگین رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد مبتنی بر امید ۱/۲۸ است که در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان‌دهنده بیشتر بودن تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری است.

جدول ۵. آزمون همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته در میان گروه‌ها (Leven's test)

متغیرها	مقدار F	سطح معنی‌داری
درد حسی	۰/۲۰۸	۰/۶۵۷
درد عاطفی	۰/۰۸۰	۰/۷۸۱
ارزیابی درد	۰/۷۹۲	۰/۳۸۹
دردهای گوناگون	۳/۵۱	۰/۰۸۲
ادراک درد (کل)	۰/۰۷۴	۰/۷۹۰

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره **Ancova** با هدف بررسی تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری بر ادراک درد در افراد مبتلا به MS

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ادراک درد (پس‌آزمون)	گروه	۶۸/۲۲	۱	۳۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲۰
مقدار خطا		۸/۷۵	۱	۳/۴۰		

جدول ۷. نتایج آزمون **Mancova** به منظور بررسی تفاوت میانگین‌ها و اثر عامل گروه (رویکرد CBT) بر مؤلفه‌های ادراک درد در بیماران مبتلا به MS

منبع اثر	متغیر وابسته	میانگین مجذورات آزادی	درجه	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درد حسی	۹۰/۹۱	۱	۲۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸	
درد عاطفی	۳۷/۲۸	۱	۶/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۲۱۵	
ارزیابی درد (CBT)	۱۲۷/۸۱	۱	۴۵/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳	
دردهای گوناگون	۱۰۷/۵۳	۱	۳۹/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره **Ancova** با هدف بررسی تأثیر رویکرد امیددرمانی بر ادراک درد

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	آماره F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
ادراک درد (پس‌آزمون)	گروه	۵۳/۱۶	۱	۲۸/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴
مقدار خطا		۹/۸۲	۱	۴/۱۶		

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه تأثیر دو رویکرد گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید بر میزان ادراک درد بیماران مبتلا به MS صورت گرفت. براساس یافته‌ها، هر دو رویکرد بر میزان ادراک درد این بیماران تأثیر دارد و اثر درمان شناختی-رفتاری بر ادراک درد عاطفی بیشتر است. MS بیماری خودایمنی است. باید توجه داشت که وضعیت روانی فرد بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد. در این بیماری درد پدیده شایعی است که بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران تأثیری منفی دارد؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی در این زمینه مهم و ضروری است. در نتیجه هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر امید بر کاهش ادراک درد در افراد مبتلا به MS است. براساس یافته‌ها، رویکرد شناختی رفتاری منجر به کاهش معنی‌داری در ادراک درد شده است که این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها مانند Janbozorgi (۲۸) و همکاران و کولیوند (۲۹) و همکاران مطابقت دارد. می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر ساختارهای ایجادکننده درد، که مسئول آگاهی درد هستند و هیجان اثرگذار است. به باور پژوهشگران، مداخله شناختی-رفتاری بر دستگاه‌های مسئول پاسخ‌دهی به تجربه هیجانی، مانند دستگاه روانی فیزیولوژیایی (ادراک تنش عضلانی و احساس‌های ناشی از آن)، سیستم‌های شناختی (افکار فاجعه‌آمیز درد) و دستگاه حرکتی (رفتار درد و نشانگان از کارافتادگی) تأثیر می‌گذارد و سبب کاهش درد می‌شود. براساس پژوهش‌ها علت درد بیماران مبتلا به MS، باورهای شناختی مخرب، یعنی باورهای غیرمنطقی منفی مانند جنبش‌هراسی، فاجعه‌آمیزسازی و استفاده از منابع مقابله‌ای منفعلانه مانند دوری‌گزینی از درد است (۱۱). همچنین بر پایه نظریه کنترل دروازه‌ای درد، ممکن است درد بر فرایندهای ذهنی مرتبط با احساس، شناخت، هیجان و رفتار تأثیرگذار باشد؛ به گونه‌ای که این دروازه نه تنها با درون‌دادهای پیرامونی تحریک می‌شود، بلکه کنترل آن به کمک مراکز عالی مغز که مسئول افکار، هیجان‌ها و رفتارها هستند نیز صورت می‌گیرد (۲۷). به بیان دیگر الگوی شناختی-رفتاری

با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد و با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی در کنار درمان‌های زیستی برای مدیریت درد پیشنهاد می‌شود (۲۸)؛ بنابراین درمان شناختی-رفتاری بر افکار، هیجان‌ها و رفتار بیماران مبتلا به MS تمرکز دارد. در نتیجه پس از درمان بیماران درد کمتری گزارش شده است.

براساس دیگر یافته‌های این پژوهش، امیددرمانی گروهی بر کاهش ادراک درد بیماران مبتلا به MS مؤثر است که این یافته با نتایج پژوهش عابدینی (۳۰) و همکاران همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماری که تحت مداخله امیددرمانی قرار می‌گیرد، می‌آموزد به‌رغم ناتوانی‌های گسترده، با نگاهی دوباره به حیطه‌های مهم و ارزشمند زندگی، اهدافی مهم، رضایت‌بخش، قابل‌دستیابی و متناسب با شرایط و امکانات موجود خود تعیین کند. همچنین اعتقاد و باور او به اینکه می‌تواند مسیرهایی را به سوی اهداف مطلوب رهنمون کند و خودش را به استفاده از این مسیرها ترغیب کند، عواطف مثبت و بهزیستی را در او برانگیخته می‌کند. (۳۱). (۳۰). امید جایگزینی واقعی برای تسلیم‌شدن در مقابل درد و رنج و فقدان است (۳۲). (۲۹)؛ بنابراین درد مؤلفه‌های هیجانی و عاطفی دارد. امیددرمانی نیز با افزایش عواطف و هیجان‌ها مثبت می‌تواند در کاهش درد مؤثر باشد. افراد امیدوار اهداف بیشتری برای خود دارند و موفقیت بیشتری در دستیابی به اهدافشان تجربه می‌کنند؛ پس شادکامی بیشتر، فشار روانی کمتر و مکانیسم‌های مقابله‌ای بهتری دارند و آسیب‌های جسمی آنها زودتر بهبود می‌یابد (۳۲). از دیدگاه برخی نویسندگان مانند کازینس (۱۹۷۶)، فرانک (۱۹۷۵) و سیموتون و همکاران (۱۹۷۸) استدلال کردند با توجه به اینکه نقش درگیری با افکار و هیجان‌ها منفی در نقصان سلامتی بیان شده است، فرایندهای مثبت مانند امید به دلیل اثرات مثبت محتمل درخور توجه و مطالعه است. درحقیقت، شواهد در حمایت از نقش خودارزیابی مثبت و ادراک کنترل یا تسلط در بهزیستی جسمی و روانی هم‌سو شدند (۳۲). در مجموع می‌توان گفت به‌کارگیری

بهترین پاسخ، پاسخی است که گویای وضعیت واقعی آنها باشد و اینکه داده‌ها محرمانه می‌مانند و به صورت کلی تحلیل می‌شوند، از سوگیری‌های احتمالی کاسته شد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از پیگیری برای بررسی ثبات یا بی‌ثباتی نتایج استفاده شود. به دلیل اینکه در جامعه آماری پژوهش تعداد بیماران زن بیشتر از مرد بود، تعمیم این پژوهش به بیماران مرد ممکن نیست. همچنین محدود شدن نمونه پژوهش به شهر کرج بود. همچنین می‌توان این پژوهش را در سایر گروه‌ها انجام داد تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر آن با دقت و اطمینان بیشتری بحث و قضاوت کرد و نتایج این پژوهش را می‌توان در عرصه‌های گوناگون به کار گرفت و از یک سو رسانه‌های گروهی در سطح پیشگیری ثانویه، از طریق آگاه کردن مردم در مورد سبک کنار آمدن با بیماری مزمن MS و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید آن به شناخت بیشتر این بیماری کمک می‌کند. پیشنهاد دیگر اینکه برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختار یافته یا نیمه ساختار یافته استفاده شود. آخرین پیشنهاد اینکه می‌توان به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و امیددرومانی بر سایر ویژگی‌های افراد مبتلا به MS مانند رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، مدیریت استرس، سازگاری اجتماعی، رضایت زناشویی پرداخت.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش هر دو روش درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر امید به‌طور معنی‌داری سبب کاهش ادراک درد افراد مبتلا به MS می‌شوند و رویکرد درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با رویکرد مبتنی بر امید به‌طوری معنی‌دار سبب کاهش ادراک درد در افراد مبتلا به MS می‌شود؛ بنابراین نتایج حاکی از اهمیت هر دو روش به‌ویژه روش درمان شناختی رفتاری در کاهش ادراک درد افراد مبتلا به MS است. در نتیجه طراحی و تدوین برنامه‌هایی برای بهبود ویژگی‌های افراد مبتلا به MS براساس درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر امید، از سوی مراکز خدمات مشاوره روان‌شناختی و کلینیک‌های متخصصان مربوط مانند مغز و اعصاب می‌تواند اثربخش واقع شود. همچنین با توجه به مؤثرتر بودن درمان شناختی-رفتاری در

راهبردهای شناختی-رفتاری در مدیریت درد و امیددرومانی، افزون بر بهبود درد، به ارتقای وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به درد منجر می‌شود و گامی مؤثر برای صرفه‌جویی در مصرف دارو و کاهش عوارض مصرف داروهاست.

براساس یافته‌های دیگر این پژوهش، میزان اثربخشی دو درمان گروهی شناختی-رفتاری و امیددرومانی بر ادراک درد بیماران MS متفاوت است و اثربخشی درمان شناختی رفتاری، به‌ویژه در مؤلفه درد عاطفی بیشتر از امیددرومانی است. در این بیماران، خشم، افسردگی، پریشانی و افکار منفی از قبیل اینکه این درد تحمل‌ناپذیر و کشنده است و نمی‌توانم آن را کنترل کنم، سبب افزایش درد می‌شود. به این صورت که این‌گونه پریشانی روان‌شناختی به افزایش تنش می‌انجامد. این تنش سبب کاهش آستانه درد و وخیم شدن وضعیت جسمی می‌شود و در نهایت به افزایش تغییرات هیجانی بیمار منجر می‌شود (۲۷). با توجه به اینکه هدف رویکرد شناختی-رفتاری در وهله اول کمک به بیماران برای دستیابی به مفهوم تازه از درد خود و راه‌های درمان آن، بیان کنترل دروازه‌ای درد و نقش افکار در باز و بسته نگه داشتن دروازه درد است، در کاهش تعبیر و تفسیرهای غلط، فاجعه‌آفرینی و غیر قابل کنترل دانستن درد اثرگذار است. درمان شناختی-رفتاری در مدیریت درد بر اصلاح جنبه‌های احساسی، عاطفی، شناختی و رفتاری تجربه درد تمرکز می‌کند و به بیماران فونونی ارائه می‌دهد تا بتوانند بر درد خود و پیامدهای آن بر زندگی کنترل داشته باشند (۱۲).

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری و حجم اندک پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری و امیددرومانی بر ادراک درد در بیماران مبتلا به MS بود که موجب شد پژوهشگر در تبیین فرضیه‌ها با مشکل مواجه شود. محدودیت‌های دیگر استفاده از بیماران زن و نه مرد و جنس در گروه‌ها بود. استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها محدودیت دیگر بود؛ زیرا ممکن است افراد هنگام تکمیل کردن ابزارها خویشتن‌نگری کافی را نداشته باشند و صادقانه پاسخ ندهند. باید توجه داشت که در این پژوهش با بیان اینکه پاسخ صحیح و غلطی وجود ندارد و

عوامل زیستی، روانی و اجتماعی مانند ترس از صدمه و آسیب، ادراک مهارگری درد، خودکارآمدی پایین برای مدیریت درد، فاجعه‌آمیزسازی و پاسخ‌های رفتاری مرتبط مانند اجتناب از فعالیت، اشتغال به فعالیت خیلی زیاد یا برعکس کم‌حرکی به‌طور متناوب و گوش به زنگی بیش‌ازحد نسبت به حس‌های بدنی که در پدیدآیی و تحول درد مزمن و ناتوانی‌های متعاقب آن نقش دارند، مؤثر واقع می‌شوند. به بیان دیگر الگوی شناختی- رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد و با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی در کنار درمان‌های زیستی برای مدیریت درد پیشنهاد می‌شوند.

سپاسگزاری

از همه بیماران و پزشکانی که پژوهشگر را در این پژوهش یاری کرده‌اند، نهایت قدردانی و سپاس را دارم.

مقایسه با درمان مبتنی بر امید، مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش درمان شناختی- رفتاری که روش درمانی در دسترس، کم‌هزینه، کاربردی و اثربخش است، برای کاهش ادراک درد و ارتقای سلامت بیماران MS استفاده کنند.

بیماران مبتلا به MS مشکلات فراوانی در زمینه کنار آمدن با درد ناشی از بیماری، با مسائل روان‌شناختی و عاطفی که حتی تشدیدکننده بیماری است، مواجه هستند؛ بنابراین برای ارتقای توانمندی آنها به‌منظور مقابله کارآمد با ملزومات بیماری MS به برنامه‌هایی نیاز است. درمان شناختی- رفتاری با تغییر رفتارهای ناکارآمد، تصحیح شناخت‌های ناسازگار و احساسات مخرب مرتبط با درد سبب می‌شود پیامدهای زیان‌بار درد به کمترین حد ممکن برسد. در رویکردهای معاصر مدیریت درد مزمن به‌جای کاربرد صرف رویکردهای درمان زیستی، بر کاربرد مداخله‌های چندبعدی مانند مداخله شناختی- رفتاری و مدیریت درد تمرکز دارند. این مداخله‌های چندبعدی با هدف قراردادن

References

- 1- Fischer A, Heesen C, Gold SM. Biological outcome measurements for behavioral interventions in multiple sclerosis. *Therapeutic advances in neurological disorders*. 2011 Jul;4(4):217-29. <https://doi.org/10.1177/1756285611405252> PMID:21765872 PMCID:PMC3131172
- 2- Noseworthy JH, Lucchinetti C, Rodriguez M, Weinshenker BG. Multiple sclerosis. *New Eng. J. Med*. 2000;343:938-52. <https://doi.org/10.1056/NEJM200009283431307> PMID:11006371
- 3- Jafari Y, Vahedian-Shahroodi M, Tehrani H, Haresabadi M, Shariati M. The relationship between caregivers' health literacy and the behavior of women with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2018;21(7):71-64. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2018.11798>
- 4- Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hasanzadeh R, Abedini M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in a Group Method on Life expectancy in Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;22(93):58-65.
- 5- Sadock B, Sadock V. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*, translated by Nosratollah Pourfakheri, Tehran, Shahr Ab; 2012.
- 6- Mirhashemi M, Najafi F. Effectiveness of the solution-based treatment therapy on resiliency and the sense of coherence of multiple sclerosis patients. *J Tehran Azad Univ Med Sci*. 2014;24(3):175-181.
- 7- Rapaport B, Kraceski S. Multiple sclerosis and stress. *Neurology* 2012;79:47-9. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318265751f> PMID:22851726
- 8- Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L. A pilot randomised controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue. *Behaviour research and therapy*. 2012 Jun 1;50(6):415-21. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.001> PMID:22516321
- 9- Farhang S. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy and Supportive Therapy on Psychological Adjustment in Patients with MS, MSc in Clinical Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Mohaghegh Ardabili University; 2011. [Persian].
- 10- McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of psychosomatic research*. 2005 Sep 1;59(3):161-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.04.010> PMID:16198189
- 11- Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to*

- pain management: A practitioner's handbook. Guilford publications; 2018 May 7.
12. Kar A. Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths, Translated by Pasha Sharifi, Tehran: Sokhan;2008.
 13. Snyder CR, editor. Handbook of hope: Theory, measures, and applications. Academic press; 2000 Jun 7.
 14. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of psychosomatic research*. 2003 Jun 1;54(6):503-11. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00455-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00455-5)
 15. Donna JB, Cathy B. An overview of assistive technology for persons with multiple sclerosis. *J Rehab Res develop* 2002; 39(2): 299-312.10. Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook: Guilford Publications; 2013.
 16. Cheavens JS, Feldman DB, Gum A, Michael ST, Snyder CR. Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social indicators research*. 2006 May 1;77(1):61-78. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5553-0>
 17. Robertson D. The Philosophy of Cognitive Behavioral Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London: Karnac; 2010.P.176-90.
 18. Kazemi Nezhad S, Comparison of the effectiveness of two methods of cognitive-behavioral group counseling and therapeutic mean on reduction of anxiety in patients with MS in Yazd province, Graduate dissertation, Allameh Tabatabaie University;2010.
 19. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bern DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard,s introduction to psychology. 13th ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace; 2000.
 20. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*. 2017 Dec 1;40(4):597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001> PMID:29080588
 21. Hashemi N, Ghayour Baghbani SM, Khadivi G, Hashemian Nejad F, Ashoori J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on happiness and mental health of nursing students. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(2).
 22. Sharifian Y, Khalili M, Hasan Zadeh Pashang S, Kamarzarin H, Thaghi Zadeh M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Mental Health of MS Patients, Initial and Progressive Type, *J Urmia Med*. 2013;24(9):623-636.
 23. Vesal M, Mollazadeh J, Taghavi M, Nazarinia M. A Survey on the Prophecy of Depression by Prediction of Pain and Quality of Sleep with Intervention of Pain Catastrophizing in Patients with Elderly Rheumatism, *J Anesth Pain*. 2015;5(4):69-80.
 24. Hamzeh pour Haghghi T, Dousti Y, Mirzaeian B, Fakhri M. The Effectiveness of Group-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Perceived Pain and Perception of Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis, *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2015;20(3):45-57.
 25. Farshad B. The Basics of Hope & Hope Therapy. Tehran: Danzheh; 2011.
 26. Craig W. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Medical Diseases: Practical guide for evaluation and treatment,, Translated by Reza Moloudi & Katayun Fatahi, Tehran: Arjmand; 2011.
 27. Sanderson C. Health Psychology, Translation by Jomehri F, Meschi and et al. Karaj: Sarafraz; 2013.
 28. Janbozorgi M, Golchin N, Alipour A, Agah Haris M. The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy in Reducing the Severity of Pain and Psychological Distress in Women with Chronic Low Back Pain. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2013;19(2):102-108
 29. Kulivand P, Nazari Mahin A, Jafari R. The effect of cognitive behavioral therapy on reducing distress in patients with chronic pain. *J Khatam Healing*. (2015);3(3):64-69. <https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.3.3.63>
 30. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abad B.A : Talebian-Sharif J, Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis, *J Clin Psychol*. 2016;2(30):1-11 .
 31. Sivilly A, Biller H. The Power Of Hope, Translated by Maryam Taghdisi. Tehran: Qoqnoos; 2017.
 32. Müller R, Gertz KJ, Molton IR, Terrill AL, Bombardier CH, Ehde DM, Jensen MP. Effects of a tailored positive psychology intervention on well-being and pain in individuals with chronic pain and a physical disability. *The Clinical journal of pain*. 2016 Jan 1;32(1):32-44. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000225> PMID:25724020