

اثربخشی رفتار درمانگری شناختی بر استقامت ذهنی و امید به زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس

چکیده

دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۱۴ ویرایش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۸/۲۹ آنلاین: ۱۳۹۶/۰۸/۳۰

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس از شایعترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که فرد را با چالش‌های روان‌شناختی عمده‌ای روبه‌رو می‌کند. از این‌رو هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانگری شناختی به شیوه گروهی بر استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی (Quasi-experimental study) با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که از مهرماه تا آذرماه ۱۳۹۵ در مرکز انجمن ام‌اس شهر زاهدان انجام شد. نمونه شامل ۳۰ بیمار مبتلا به بیماری ام‌اس بود که به شیوه داوطلبانه انتخاب و به‌روش تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. گروه آزمایش مداخله درمانی را در طی هشت جلسه هفتگی دریافت نمودند، ولی گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه امید به زندگی حلاجیان و پرسشنامه استقامت ذهنی (MTQ-48) بود.

یافته‌ها: برای همسانی گروه‌ها از نظر سن و تحصیلات به‌ترتیب از آزمون Student's t-test و Chi-square test استفاده شد که تفاوت معناداری در گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد رفتار درمانگری شناختی به شیوه گروهی افزایش معناداری در امید به زندگی و استقامت ذهنی بیماران داشت. به‌صورتی که میانگین نمره استقامت ذهنی در گروه آزمایش پیش از درمان ۱/۰۵ و پس از درمان ۱/۲۴ و پیگیری ۱/۲۱ و میانگین نمره امید به زندگی در گروه آزمایش پیش از درمان ۴/۶۷ و پس از درمان ۷/۲۰ و پیگیری ۷/۰۱ با $P < ۰/۰۰۱$ به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: اجرای رفتار درمانگری شناختی به شکل گروهی در فرآیند درمان بیماران ام‌اس به افزایش استقامت ذهنی و امید به زندگی آن‌ها منجر شد.

کلمات کلیدی: رفتار درمانگری شناختی، امید به زندگی، مولتیپل اسکلروزیس، پژوهش‌های نیمه تجربی.

فاطمه خیاط سرکار
محمود شیرازی*

گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

* نویسنده مسئول: زاهدان، خیابان دانشگاه، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

تلفن: ۰۵۴-۳۱۱۳۶۳۸

E-mail: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس است^۱. مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری التهابی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که به‌طور عمده بزرگسالان جوان رو تحت تاثیر قرار می‌دهد.^۲ این بیماری مزمن و پیشرونده با آسیب رساندن به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی مانند تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می‌گردد.^۳ بیماری ام‌اس یکی از شایعترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و میزان تاثیر و ابتلای آن در

در سال‌های اخیر، به‌ویژه در کشورهای پیشرفته، مشکلات مزمن پزشکی که بیماری‌های طولانی مدتی هستند با سرعت زیادی شیوع فزاینده‌ای یافته است. این بیماری‌های مزمن تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کنند و کارکردهای بیمار را محدود کرده و کمابیش دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد یکی از این

یکدیگر تاثیر (رابطه علت و معلولی) دارند. درمان شناختی- رفتاری به شکل گروهی در مقایسه با درمان انفرادی از نظر زمان و هزینه مقرون به صرفه است.^{۱۹} گروه درمانی یکی از درمان‌های مکمل جامع‌نگر است که برای بیماران مزمن جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد.^{۲۰}

با توجه به اینکه تاکنون مدل‌های شناختی- رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی تدوین شده است و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی موثر شناخته شده‌اند،^{۱۷} هدف از انجام پژوهش کنونی بررسی اثربخشی رفتار درمانگری شناختی بر استقامت ذهنی و امید به زندگی در بیماران مولتیپل اسکروزیس است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که در انجمن ام‌اس زاهدان بر روی ۳۰ بیمار در فاصله مهر تا آذر ۱۳۹۵ انجام گرفت. روش نمونه‌گیری داوطلبانه و بدون کورسازی بود. در پژوهش حاضر افراد نمونه از میان ۲۰۰ بیمار مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس انتخاب شدند. تعداد ۸۰ نفر از این بیماران دارای شرایط ورود به پژوهش و ۳۸ نفر داوطلب شرکت در پژوهش بودند که از بین داوطلبان ۳۰ نفر به صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در گروه‌های کنترل و آزمایش قرار گرفتند.

پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه، از بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گواه) پرسش‌نامه‌های امید به زندگی و استقامت ذهنی به‌عنوان پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برای آزمودنی‌های گروه آزمایش جلسات درمان شناختی- رفتاری (CBT) به‌صورت گروهی (همراه با تکالیف در حین جلسات و تکالیف در منزل و بحث گروهی) طی هشت جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه) در انجمن ام‌اس شهر زاهدان برگزار شد. پس از مداخله از افراد خواسته شد که پرسش‌نامه‌های امید به زندگی و استقامت ذهنی را بار دیگر پاسخ دهند. پس از دو ماه نیز آزمودنی‌های هر دو گروه توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. دوره پیگیری دو ماهه با

زنان بیش از مردان است.^۵ این بیماری اغلب در سال‌هایی رخ می‌دهد که فرد از آن سال‌ها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری، اطمینان فرد از بدن و سلامتیش مخدوش می‌شود.^۶ با کاهش توان و ظرفیت فیزیکی و کیفیت زندگی همراه است.^۷ در جهان حدود ۲/۵ میلیون نفر مبتلا به این بیماری می‌باشند و بیش از ۶۰٪ از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیمار خود تجربه می‌کنند.^۸ بنابراین این بیماری نیز مانند هر بیماری مزمن دیگر، باعث کاهش امید به زندگی (Life expectancy) بیماران می‌شود.^۹ امید در تمام ابعاد زندگی، مولفه‌ای اساسی است. امید توانایی باور داشتن احساسی بهتر، در آینده می‌باشد و این امید است که پس از بحران‌ها آرامش را به فرد باز می‌گرداند. بنابراین در بهداشت روانی نقش مهمی دارد.^{۱۰} امید به زندگی را می‌توان به‌عنوان یک نیروی درونی تعریف کرد که موجب غنای زندگی بیماران شده و آن‌ها را قادر می‌سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند.^{۱۱} امید به زندگی به بیماران کمک می‌کند تا از لحاظ فیزیولوژی و عاطفی بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند.^{۱۲} اتفاقات منفی، چالش‌ها و بحران‌ها در زندگی غیرقابل اجتناب هستند. در این میان بعضی از افراد می‌توانند با این چالش‌ها کنار بیایند اما برخی دیگر از کنار آمدن با استرس‌های زندگی خود عاجزند.^{۱۳} استقامت ذهنی به ظرفیت‌های فردی اشاره دارد که می‌تواند به‌طور مداوم و موفقیت‌آمیز با شرایط سخت زندگی کنار بیاید. Scandlyn معتقد است بیماری‌های مزمن، چشم‌انداز زندگی را به‌عنوان فرآیندی منظم، پویا و مستمر به چالش می‌کشد، که این چالش می‌تواند نتایج و پیامدهای روانی مهمی به‌دنبال داشته باشد.^{۱۴} بنابراین افرادی که بیماری ام‌اس برای آن‌ها تشخیص داده می‌شود، نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش و بحران‌های این بیماری مزمن دارند که البته کار ساده‌ای نیست و نیاز به آموزش دارد.^{۱۵}

رویکرد شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy, CBT) از جمله رویکردها در روانشناسی است که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در چند دهه اخیر به خود جلب کرده است.^{۱۷} CBT به‌طور معمول به‌عنوان یک درمان کوتاه مدت و متمرکز بر مهارت با هدف اصلاح کردن پاسخ‌های احساسی ناسازگار به‌وسیله تغییر افکار، رفتار یا هر دو در نظر گرفته شده است.^{۱۸} این درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشمگیری بر

تشخیص افکاری که این احساسات را ایجاد نموده‌اند. جلسه دوم: ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آن‌ها، تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی فرد در شناسایی آن‌ها در تفکر خود، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی در مقابل درمان شناختی و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.

جلسه سوم: آشنا کردن شرکت‌کنندگان با این موضوع که افکار آن‌ها پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد و این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشند، تشخیص خطاهای شناختی که ناشی از موقعیت‌ها و حوادث ناراحت‌کننده می‌باشد، تزریق فکر و واکنش‌های منطقی متناسب با موقعیت. جلسه چهارم: کنترل بر کاهش فراوانی افکار خودآیند، استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی، کنترل بر چگونگی احساس خود. جلسه پنجم: پذیرش اینکه باورها تغییرناپذیر نیستند، افزایش قابلیت‌های مقابله با احساسات منفی، استفاده شیوه‌های افزایش لذت و تسلط. جلسه ششم: پاسخ به افکار منفی از طریق الف- ارزیابی افکار منفی ب- یافتن گزینه‌های مفیدتر و واقع‌بینانه‌تر، تکنیک القا حالت خلقی و افکار جایگزین.

جلسه هفتم: تحلیل مزایا و معایب باورها، تغییر افکار منفی از طریق رفتار، تکنیک: تجربه آموزی از شیوه مقابله دیگران. جلسه هشتم: بررسی برگه ثبت افکار ناکارآمد، مرور تکنیک‌هایی که در جلسات پیش از آموزش داده شده‌اند، نتیجه‌گیری کلی از جلسات درمان.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی-پژوهش حاضر شامل شاخص‌های آماری مانند: میانگین و انحراف‌معیار برای کلیه متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری است که در جدول ۱ ارائه شده است. کمترین میانگین استقامت ذهنی مربوط به گروه کنترل در مرحله پیگیری با میانگین $۱/۰۳$ و انحراف‌معیار $۱۱/۷۱$ و بیشترین میانگین استقامت ذهنی مربوط به گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون با میانگین $۱/۲۴$ و انحراف‌معیار $۹/۹۶$ است. کمترین میانگین امید به زندگی مربوط به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون با میانگین $۴۰/۸۳$

توجه به مطالعات پیشین در نظر گرفته شد و پس از پاسخگویی بیماران به پرسش‌نامه‌ها، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد و برای تحلیل از SPSS software, version 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) استفاده گردید.

معیارهای ورود افراد به گروه کنترل و گروه آزمایش: ۱- افراد گروه در دامنه سنی ۵۳-۲۰ سال باشند. ۲- حداقل تحصیلات دیپلم باشد. ۳- در طول مدت مداخله از داروهای افسردگی یا کلاس‌های مشاوره به‌صورت همزمان استفاده نشده باشد. معیارهای خروج افراد از گروه آزمایش و گروه کنترل: ۱- ابتلا به بیماری روانپزشکی شدید مانند روانپریشی، دوقطبی و اختلال تجزیه‌ای. ۲- عدم شرکت در جلسات آموزشی به مدت دو جلسه.

به آزمودنی‌ها درخصوص هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن توضیح داده شد. به آن‌ها گفته شد که در یک پژوهش شرکت خواهند کرد و تمامی اطلاعاتی که از آن‌ها گرفته می‌شود، محرمانه خواهد ماند و هزینه‌ای بر شرکت‌کنندگان تحمیل نخواهد شد. در این پژوهش از پرسشنامه امید به زندگی و پرسشنامه استقامت ذهنی استفاده گردید. پرسشنامه امید به زندگی مشتمل بر ۳۳ ماده است که آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌گویند. بیشترین نمره در این آزمون ۹۹ است، هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر است.^{۲۱} پرسشنامه استقامت ذهنی: دارای ۴۸ عبارت بوده و شامل زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل و اعتماد است. هر کدام از زیرمقیاس‌های اعتماد و کنترل از دو عامل تشکیل شده‌اند (کنترل هیجانی و کنترل زندگی، اعتماد به خود و اعتماد بین فردی).

پاسخ توسط طیف پنج درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شوند که از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) متغیر است. مجموع نمرات هر زیرمقیاس، نمره فرد در آن زیرمقیاس و مجموع نمرات تمامی عبارت‌ها برای کل پرسشنامه و نمره استقامت ذهنی را به دست می‌دهد.^{۲۲}

ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری: جلسه اول: خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، اقدام برای شناخت یکدیگر، آشنایی با شیوه کار گروه درمانی و مقررات آن، توضیح در خصوص تفکر و احساس: معیارهایی که ما برای خود و دیگران انتخاب می‌کنیم، روابط بین احساسات و افکار و

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار استقامت ذهنی و امید به زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
استقامت ذهنی	آزمایش	۱/۰۵±۱۲/۰۱	۱/۲۴±۹/۹۶	۱/۲۱±۹/۸۸
	کنترل	۱/۰۵±۱۱/۰۹	۱/۰۵±۱۱/۷۵	۱/۰۳±۱۱/۷۱
امید به زندگی	آزمایش	۴۱/۰۸±۴/۶۷	۵۹/۰۸±۷/۲۰	۶۰/۸۳±۷/۰۱
	کنترل	۴۳±۴/۳۶	۴۰/۸۳±۴/۷۸	۴۲/۲۵±۴/۹۷

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس مداخله شناختی-رفتاری بر استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران ام اس در مرحله پس آزمون

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F کوواریانس	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
استقامت ذهنی	گروه	۱	۲۸۵۹/۴۳۴	۵۹/۴۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷	۴۸/۱۱۲	-	-	-	-
	مجموع	۳۰	-	-	-	-	-
امید به زندگی	گروه	۱	۲۴۶۰/۷۳۹	۹۷/۲۱۸	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷	۲۵/۳۱۱	-	-	-	-
	مجموع	۳۰	-	-	-	-	-

P<۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

جدول ۳: نتایج بررسی تحلیل کوواریانس مداخله شناختی-رفتاری بر استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران ام اس در مرحله پیگیری

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F کوواریانس	سطح معناداری	مجذورات	توان آزمون
استقامت ذهنی	گروه	۱	۲۸۳۷/۹۹۴	۶۱/۴۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷	۴۶/۱۵۴	-	-	-	-
	مجموع	۳۰	۳۲۱۹۴۲/۰۰۰	-	-	-	-
امید به زندگی	گروه	۱	۲۹۹۸/۴۴۰	۹۰/۹۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱۲	۱/۰۰۰
	خطا	۲۷	۳۲/۹۵۷	-	-	-	-
	مجموع	۳۰	۶۶۹۶۵/۰۰۰	-	-	-	-

P<۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

است. از این رو با توجه به رعایت این پیش فرض ها به بررسی مداخله شناختی- رفتاری و اثربخشی آن بر متغیر وابسته خواهیم پرداخت. نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پس آزمون نشان داد که با کنترل نمره های پیش آزمون استقامت ذهنی و امید به زندگی با نمرات پس آزمون، مداخله شناختی-رفتاری باعث بالارفتن ۷۳/۹ درصدی

و انحراف معیار ۴/۷۸ است و بیشترین میانگین مربوط به گروه آزمایش در مرحله پیگیری با میانگین ۶۰/۸۳ و انحراف معیار ۷/۲۰ است (جدول ۱). ارزیابی پیش فرض های آماری حاکی از آن بود که توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای وابسته نرمال است. همچنین، پیش فرض تساوی واریانس های نمرات دو گروه هم رعایت شده

توسط این روش با افزایش امید به زندگی در آن‌ها کیفیت زندگی در این بیماران نیز بهبود یابد. یافته‌های این پژوهش در زمینه افزایش امیدواری با تحقیقات زیادی از جمله Omrani و همکاران همسو می‌باشد.^۷ در بررسی‌های مشابه دیگر، اثربخشی روش تصورات ذهنی هدایت شده فردی بر میزان اضطراب و امید به زندگی مبتلایان به سرطان سینه مورد توجه قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که روش تصورات ذهنی هدایت شده در کاهش اضطراب و همچنین افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است ($P=0/0001$).

با توجه به اینکه هدف روش تصورات ذهنی هدایت شده همانند درمان شناختی-رفتاری و تأثیر بر روی روش فکر کردن و تغییر تفکر است، بنابراین می‌توان این روش را هم سو با پژوهش حاضر دانست که تأثیر آن بر روی امید به زندگی بیماران مزمن پزشکی مثبت گزارش شده است.^{۲۲} در پژوهشی که بر روی بیماران سرطانی و بیماران مبتلا به سکنه مغزی در بیرجند انجام شد، نتایج مثبت گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بیماری‌ها مزمن گزارش شد. در نهایت به نظر می‌رسد که اجرای گروه درمانی شناختی-رفتاری، به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه است.^{۲۷}

این پژوهش سعی بر به‌کارگیری درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی برای بیماران مبتلا به ام‌اس داشت تا از این طریق بتوان استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران را تقویت و افزایش داد. یافته‌های این پژوهش در بیماران ام‌اس، نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند استقامت ذهنی و امید به زندگی افراد مبتلا به ام‌اس شرکت کننده را به میزان چشمگیری افزایش دهد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات استقامت ذهنی و امید به زندگی افرادی که از مداخله درمانی مذکور استفاده کردند، به‌طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات استقامت ذهنی و امید به زندگی در گروه کنترل است. بنابراین با توجه به اینکه رفتار درمانگری شناختی در استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس موثر است و با نظر به این که این بیماری به نیروی مولد در جامعه آسیب می‌رساند، از این‌رو می‌توان در مورد بیماران مولتیپل اسکلروزیس که استقامت ذهنی پایین و امید به زندگی کمی دارند، از این روش برای افزایش استقامت ذهنی و امید به زندگی استفاده کرد. حمایت تجربی قوی درباره کاربرد درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات روانی

استقامت ذهنی و ۸۲/۲ درصدی امید به زندگی شده است و این بدان معناست که آموزش شناختی-رفتاری (متغیر مستقل) بر استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران ام‌اس (متغیر وابسته) تأثیر داشته است ($P<0/001$) در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس در مرحله پیگیری نشان داد که با کنترل رابطه نمره‌های پیش‌آزمون استقامت ذهنی و امید به زندگی با نمرات پیگیری، مداخله شناختی-رفتاری باعث افزایش ۷۴/۵ درصدی استقامت ذهنی و ۸۱/۲ درصدی امید به زندگی شده است و این بدان معناست که آموزش شناختی-رفتاری (متغیر مستقل) بر استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران ام‌اس (متغیر وابسته) اثربخش بوده است ($P<0/001$) در جدول ۳ نشان داده شده است.

بحث

نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس نشان‌دهنده افزایش استقامت ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در اثر مداخله شناختی-رفتاری می‌باشد و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز به اثبات رسیده است. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان راهکاری روانشناختی برای ایجاد تغییر در زندگی مبتلایان و بهبود وضعیت جسمانی و روانی این افراد مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی در مورد درمان شناختی رفتاری بر استقامت ذهنی بیماران ام‌اس که جزو بیماری‌های مزمن است صورت نگرفته اما با پژوهش‌های مشابه مانند تحقیق Mohr و همکاران که با استفاده از درمان شناختی-رفتاری، افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را مهار و غلایم و نشانه‌های آن را تسکین می‌دهد همسو است.^{۳۳} همچنین با پژوهش‌هایی که در خصوص تأثیر معنویت درمانی در بیماری‌های مزمن^{۲۴} و نتایج مطالعات Lee, Antoni و همکاران بر روی سلامت روان بیماران دچار مشکلات جسمی و روانی انجام گرفت همسو است.^{۲۵، ۲۶} همچنین نتایج تجزیه و تحلیل نشان‌دهنده افزایش امید به زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در اثر مداخله شناختی-رفتاری می‌باشد و اثربخشی آن در مرحله پیگیری نیز به اثبات رسیده است. از آن‌جا که افزایش امید به زندگی تأثیر مستقیم بر افزایش کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس دارد، سعی بر این است که

حاضر تشکیل نشدن جلسات گروهی درمان برای گروه کنترل بود. سپاسگزاری: این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی و پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی تحت عنوان "بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در استقامت ذهنی و امید به زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس است" در سال ۱۳۹۵ و کد ۱۸۶۲۹ می‌باشد که با همکاری انجمن ام‌اس شهر زاهدان اجرا شده است.

شایع در بیماری جسمی، با ارایه مراقبت بهداشتی نوین و تاکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است.^{۱۸} پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بیشتری برای بررسی و افزایش استقامت ذهنی بیماران ام‌اس انجام شود و سعی شود که درمان شناختی-رفتاری بر روی بیماران ام‌اس که از لحاظ سیر بیماری متفاوت هستند اجرا و به‌کار گرفته شود. از محدودیت‌های پژوهش

References

1. Famil Sharifian Y, Khalili M, Hasanzadeh Pashang S, Kamarzarin H, Taghizadeh ME. The study of effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on mental health among primary MS patients. *J Urmia Univ Med Sci* 2013;24(9):652-64.
2. Tallner A, Waschbisch A, Hentschke C, Pfeifer K, Mäurer M. Mental health in multiple sclerosis patients without limitation of physical function: the role of physical activity. *Int J Mol Sci* 2015;16(7):14901-11.
3. Mirhashemi M, Najafi F. Effectiveness of solution-centered therapy on resiliency and sense of coherence MS patients. *Med J Islam Azad Univ* 2014;24(3):175-81. [Persian]
4. Khezri-Moghadam N, Ghorbani N, Bahrami-Ehsan H, Rostami R. Efficacy of group therapy on reduction of psychological signs of multiple sclerosis patients. *J Clin Psychol* 2012;4(1):13-22.
5. Motaharinezhad F, Parvaneh Sh, Ghahari S. Fatigue in people with multiple sclerosis: cause, evaluation and treatment. *J Rehab Med Mashhad* 2015;5(1):73-80. [Persian]
6. Soleimani S, Tajjodini E. Effectiveness of cognitive behavioral therapy based on fatigue on dimensions of mental fatigue in patients with multiple sclerosis: a case study. *J Clin Psychol* 2016;8(2):30. [Persian]
7. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. Effectuality of cognitive-behavioral therapy on the life expectancy of patients with multiple sclerosis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012;22(93):58-65.
8. Ritvo PG, Fischer JS, Miller DM, Andrews H, Paty DW, LaRocca NG. MSQOL: Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory: A User's Manual. New York, NY: National Multiple Sclerosis Society; 1997.
9. Kerling A, Keweloh K, Tegbur U, Kück M, Grams L, Horstmann H, et al. Effects of a short physical exercise intervention on patients with multiple sclerosis (MS). *Int J Mol Sci* 2015;16(7):15761-75.
10. Golmohammad Nejad G, Ranjbar F, Adalatizadeh G. The study of the effect of logo therapy on students' attitudes to marriage and life expectancy. *J Instr Evaluation* 2014;6(24):37-50.
11. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *J Holist Nurs Midwifery* 2015;25(2):84-92.
12. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med* 2005;19(3):234-40.
13. Clough PJ, Earle K. When the going gets toughness on perceived demands. *J Sports Sci* 2002;20(61):220-33.
14. Sadeghi Bahmani D, Gerber M, Kalak N, Lemola S, Clough PJ, Calabrese P, et al. Mental toughness, sleep disturbances, and physical activity in patients with multiple sclerosis compared to healthy adolescents and young adults. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:1571-9.
15. Scandlyn J. When AIDS became a chronic disease. *West J Med* 2000;172(2):130-3.
16. Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *Int J Care* 2000;2(2):3-7.
17. Bahramabadi M, Vafae-Baneh F, Ghaderi E, Taghvaei D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iran J Diab Lipid Dis* 2012;12(3):225-32. [Persian]
18. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):337-46.
19. Katz LY, Cox BJ, Gunasekara S, Miller AL. Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(3):276-82.
20. Crawford JD, McIvor GP. Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1985;66(12):810-3.
21. Hallajian Z. The efficacy of relation between life expectancy happiness and the quality of life in people with thalassemia compared with healthy people in Ramsar city [Dissertation]. Ramsar, Iran: Payame Noor University; 2010. [Persian]
22. Jouns G. The development and maintenance of mental toughness in the world's best performers. *J Sport Psychol* 2010;24:168-93.
23. Mohr DC, Cox D. Multiple sclerosis: empirical literature for the clinical health psychologist. *J Clin Psychol* 2001;57(4):479-99.
24. Taghizadeh ME, Miralaei MS. The study of the effectiveness of group spirituality therapy on resilience of women with Multiple Sclerosis, City of Isfahan. *Health Psychol* 2013;2(3):82-102. [Persian]
25. Antoni MH, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun* 2009;23(5):580-91.
26. Lee SH, Ahn SC, Lee YJ, Choi TK, Yook KH, Suh SY. Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *J Psychosom Res* 2007;62(2):189-95.
27. Khodai S, Khazai K, Kazemi T, Ali Abadi Z. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression and anxiety in patients with myocardial infarction. *Mod Care J* 2012;9(4):364-70.

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on mental toughness and life expectancy of patients with multiple sclerosis

Fatemeh Khayat Sarkar M.A.
Mahmoud Shirazi Ph.D.*

Department of Psychology,
University of Sistan and
Baluchestan, Zahedan, Iran.

Abstract

Received: 04 Jun. 2017 Revised: 14 Nov. 2017 Accepted: 20 Nov. 2017 Available online: 21 Nov. 2017

Background: Multiple sclerosis (MS) is one of the most common chronic diseases creating major psychological challenges. Hence, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on mental toughness and life expectancy of MS patients.

Methods: The design of this quasi-experimental study has been with pre-test, post-test and follow-up with control group that was performed in Zahedan MS community, Iran, from September to November 2016. The sample of the study was selected voluntarily from 30 MS patients which were randomly divided into two experimental and control groups. Among 200 patients, 80 patients had the required qualifications to participate in the study and 38 patients volunteered to enter the study. At last, only 30 patients were selected and put randomly into two experimental and control group. The experimental group received treatment in 8 weekly sessions (90 to 120-minute-long sessions with the classroom task and homework and group discussion) but the control group did not go under such treatment. The research instrument being used in this study was Halajian life expectancy questionnaire and mental toughness questionnaire (MTQ-48).

Results: For the groups to be homogeneous in age and the level of education, T-test and chi-squared test were used respectively, which did not show a meaningful difference between experimental and control group. The analysis of covariance showed that cognitive-behavioral therapy (CBT) group has resulted in meaningful increase in mental toughness and life expectancy of patients. The results showed the average of mental toughness to be 1.05 in for the experimental group in the pre-test, 1.24 in the post-test, 1.21 in the follow-up and the average of life expectancy 4.56 before treatment, 7.20 after treatment and 7.01 in the follow-up ($P < 0.001$)

Conclusion: Practicing group cognitive-behavioral therapy in the process of MS patients' treatment led to the increase in their mental toughness and life expectancy.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, life expectancy, multiple sclerosis, quasi-experimental studies.

* Corresponding author: Department of Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Daneshgah St., Zahedan, Iran.
Tel: +98- 54- 31136768
E-mail: mshirazi@edpsy.usb.ac.ir