
بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران ام.اس بر بهبود سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی بیماران

نیره جهان‌بخشیان*

دکتر طیبه زندی پور**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی، مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس بر بهبود سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی بیماران MS انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس ایران را شامل بود. نمونه متشکل از ۲۴ بیمار که به‌طور هدفمند با توجه به نوع بیماری (عود-بهبود) و دامنه سنی خاص (۲۵-۳۵) از میان ۵۰ بیمار داوطلب با سطح سلامت روان و حمایت اجتماعی پایین انتخاب شدند و به‌طور تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. طرح پژوهش حاضر، از نوع شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش، دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران مبتلا به ام.اس بود، که هر دو گروه (آزمایش و کنترل) به این دو مقیاس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ گفتند. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق آزمون تی مستقل ارزیابی و تحلیل شد. نتایج به دست آمده حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراکی و تأثیر مشاوره گروهی بر گروه آزمایش بود. یافته‌های پژوهش نشان داد مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران MS می‌تواند در افزایش سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی این بیماران مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها:

مشاوره گروهی، رویکرد چندوجهی لازاروس، سلامت روان، حمایت اجتماعی، بیماران مبتلا به MS

مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس که به اختصار آن را ام.اس می‌نامند، یکی از انواع بیماری‌های مزمن است. در این بیماری سیستم ایمنی بدن به میلین (غلاف چربی) محافظ سلول‌های سیستم اعصاب مرکزی- مغز و طناب نخاعی- حمله و آنها را تخریب می‌کند و ایجاد بافت زخم (پلاک) در محل آسیب‌دیده را باعث می‌شود. در نتیجه تخریب میلین سلول‌های عصبی، اختلال در انتقال پیام‌های عصبی ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس و ظهور علائم ویژه بیماری ام.اس می‌شود (انجمن ملی ام اس^۱، ۲۰۰۸).

بیماری ام.اس دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است. معمولاً علائم این بیماری در آغاز بزرگسالی (۴۰-۲۰ سالگی) ظاهر می‌شود (دنیسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). احتمال ابتلای زنان سه برابر بیشتر از مردان است (هاریسون^۳، ۲۰۰۸). افسردگی در ام.اس نسبت به سایر بیماری‌های مزمن شایع‌تر است و بیش از ۶۰٪ از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند (شفر^۴ و همکاران، ۲۰۰۱، به نقل از مورگنت^۵، ۲۰۰۴).

مبتلایان به بیماری ام.اس به علت ظهور علائم پیش‌بینی ناپذیر، درمان دشوار، عوارض جانبی داروها و ناتوانی فیزیکی فزاینده، با عواقب روان‌شناختی همچون دور ماندن از اهداف زندگی، بیکاری، اختلال در درآمد، اختلال در روابط، فعالیت‌های اوقات فراغت و فعالیت‌های روزمره زندگی مواجهه هستند (جنسن^۶، ۲۰۰۳، هکیمو^۷، ۲۰۰۰، به نقل از دنیسون و همکاران، ۲۰۰۸). فرانسیس^۸ و همکاران (۲۰۰۴) در پژوهشی که در میان ۲۱۷ بیمار مبتلا به ام.اس انجام داد، دریافت که بین سلامت روان پایین و بیماری ام.اس همبستگی بالایی وجود دارد.

به علت طبیعت ناتوان‌کننده بیماری ام.اس و پیشرفت پیش‌بینی ناپذیر آن نگرانی‌های زیاد و

1. National Ms Society
2. Dennison
3. Harrison
4. Schiffer
5. Morgante
6. Janssen
7. Hakimo
8. Francies

احساس ناامنی های خاص درباره بهزیستی و سلامت آینده، در این بیماران مشاهده می شود. به علت وجود چنین ترس ها و نگرانی هایی، جای شگفتی نیست که به مرور زمان ظهور علائم و نشانه های بیماری به پاسخ های هیجانی منفی در بیماران منجر شود. آیتی (۱۳۷۸) در پژوهشی دریافت، ۹۳/۵ درصد این بیماران خود را بیمار دانسته و ۴۶ درصد آنها خلق افسرده و ۱۰ درصد خلق سرخوش دارند. احساس فقدان کنترل بر بیماری، درماندگی و افسردگی را در این بیماران ایجاد می کند. دوینس و همکاران دریافتند، که افزایش احساس ناتوانی در بیماران ام.اس با عملکرد روان شناختی ضعیف در آنها همبستگی مثبت دارد (مک کیب^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به سیر مزمن بیماری و تنوع و تعدد مشکلات، اغلب بیماران روش کنترل و سازگاری با بیماری را نمی دانند و خدمات حمایتی مناسبی را در این جهت دریافت نمی کنند. این بیماران مایل هستند به رغم ناتوانی ها، استقلال خود را حفظ کنند و با وجود محدودیت های بیماری، تا جایی که ممکن است به زندگی موفقیت آمیزی دست یابند. برای کمک به آنها، برای کنترل بیماری و انطباق با آن، فراهم سازی زمینه ارائه خدمات مشاوره و آموزش به بیماران امری ضروری است. از این طریق، می توان با ارائه اطلاعات مناسب درباره طبیعت بیماری، چگونگی مقابله با مشکلات ناشی از بیماری، بهبود مهارت های ارتباطی و همچنین تغییر نگرش بیماران نسبت به بیماری و وضعیت موجود آنها، در آنها امید و انگیزه ایجاد کرد تا بتوانند مشکلات و مسائلی را دگرگون کنند که به تغییر آنها قادر هستند و محدودیت هایی را بپذیرند که به تغییر آن قادر نیستند، و خود را با آن سازگار کنند. زندی پور (۱۳۸۶) طی پژوهشی دریافت، علاوه بر درمان های دارویی و فیزیکی، توجه به مسائل عاطفی-روانی-اجتماعی بیماران از طریق خدمات مشاوره، روان شناسی، مددکاری در راستای تغییر نگرش و توانمندی اجتماعی بیماران، امری ضروری است.

روان درمانی چندوجهی لازاروس^۲ - رویکرد به کارگرفته در این پژوهش - رویکردی التقاطی است که بر اساس نظریه جامع یادگیری اجتماعی - شناختی بنا شده است (درایدن و میتون^۳، ۱۹۹۹)، در این رویکرد، درمانگر در جریان درمان نقش هدایتگر درمان را برعهده دارد که

1. Mc Cabe
2. Lazarus Multimodal Therapy
3. Dryden & Mytton

به تمام ابعاد شخصیت وجود انسان (هفت بعد مجزا اما در تعامل وجود فرد که شامل رفتار، عاطفه، احساس، تصورات، شناخت، روابط بین فردی و عوامل بیولوژیک) توجه می‌کند و با توجه به نیاز مراجعان از دیدگاه‌های مختلف چیزی را برمی‌گزیند که مفید و مؤثر است، بدون اینکه لزوماً به پشتوانه‌های نظری آن‌ها معتقد باشد. تا علاوه بر تضعیف رفتارها و نگرش‌های نامناسب، رفتارهای رضایت‌بخش و سازنده‌تری را آموزش دهد (لازاروس، ۲۰۰۴). این روش درمانی، با طرح‌ریزی و روش دقیق انجام می‌شود و تأکید عمده‌ای بر تکنیک‌ها و راهبردها به جای نظریه‌ها دارد، به این خاطر لازاروس آن را التقاط‌گرایی فنی منظم نامید (درآیدن و میتون، ۱۹۹۹).

فرآیند درمان در این روش طی مراحل به شرح زیر اجرا می‌شود: ۱- توجه خاص و کامل به ابعاد هفت‌گانه شخصیت (BASIC ID)^۱؛ ۲- استفاده از دستور دوم ارزیابی ابعاد هفت‌گانه شخصیت؛ ۳- استفاده از نیمرخ ابعادی؛ ۴- استفاده از نیمرخ ساختاری؛ ۵- پیگیری ترتیب ابعاد؛ ۶- روش‌های عمدی پیوند یا ایجاد پل بین ابعاد مختلف (لازاروس، ۱۹۹۲ به نقل از نلسون^۲، ۲۰۰۶).

در زمینه اثربخشی رویکرد چندوجهی لازاروس، می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که آلن^۳ در سال ۲۰۰۲ انجام داد. آلن اظهار می‌دارد، برای حفظ و افزایش عملکرد در بیماران مبتلا به آلزایمر روش‌های روان‌شناختی مختلفی مؤثر بود، ولی مؤثرترین روش که مناسب این گروه باشد، روش جامع بر اساس رویکرد چندوجهی لازاروس بوده است.

چارلز و مانک^۴ (۱۹۹۱) به نقل از مهرانی (۱۳۸۶) تأثیر روش چندوجهی و تنش‌زدایی کاربردی را به‌عنوان روش درمانگری جنبی در توانبخشی بیماران قلبی بررسی کردند. نتایج نشان داد که آموزش چندوجهی تأثیر بیشتری از روش تنش‌زدایی در کاهش تنش داشته است.

اسوارتز^۵ (۱۹۹۹) گروه حمایت تلفنی هم‌تایان و گروه مهارتی چندوجهی را در میان بیماران ام.اس مقایسه کرد، نتایج حاصل از پژوهش مبین پیشرفت چشمگیر بیماران در ایفای نقش اجتماعی - روان‌شناختی، بکارگیری رفتارهای مقابله‌ای مؤثر و بهزیستی بیماران بود (به

1. Behavior, affects, sensory perception, images, cognition, interpersonal relationships, drugs/biology

2. Nelson

3. Allen

4. Chales & Manck

5. Schwartz

نقل از هوگان و همکاران، ۲۰۰۲).

علاوه بر پژوهش‌های ذکر شده، مطالعات مختلفی اثربخشی این روش را بر کاهش اختلالات روان‌شناختی تأیید کرده‌اند. از آن جمله می‌توان به پژوهش‌های کروسبی-برنت و نیوکامر^۱ (۱۹۹۰)، جان‌بزرگی و نوری (۱۳۸۲)، کلدایی (۱۳۸۴)، پوراابراهیم (۱۳۸۵)، بیابانگرد (۱۳۸۰)، اباذری (۱۳۸۶) و مهرانی (۱۳۸۶) اشاره کرد.

در پژوهش حاضر، اثربخشی این روش در خصوص افزایش سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراکی بیماران ام‌اس مطالعه شد.

همچنین، مشاوره گروهی، محیطی امن و سالم برای دستیابی به رشد و تغییر شخصی و خودیابی برای اعضاء فراهم می‌آورد (جورج و کریستیان^۲، ۱۳۸۳)، بنا به نظر شفیع آبادی، ۱۳۷۱) اعضاء در گروه متوجه می‌شوند که مشکل آنها منحصر به فرد نیست و افراد دیگر نیز مشکلات مشابهی دارند (اکرامی، ۱۳۸۷). به‌طور کلی در زمینه تأثیر مشاوره گروهی در افزایش سلامت روان پژوهش‌های فراوانی انجام شده‌است، که می‌توان به پژوهش‌های جکسون^۳ و همکاران (۲۰۰۴)، اسوارتز (۲۰۰۲)، توسلن^۴ و همکاران (۱۹۸۹)، اسوارتز (۱۹۹۹) (به نقل از هوگان و همکاران، ۲۰۰۲) و حسینی (۱۳۸۴) اشاره کرد. همچنین در زمینه تأثیر مشاوره گروهی در تقویت حمایت اجتماعی می‌توان پژوهش‌های هلگسون^۵ و همکاران (۲۰۰۲)، جانسون^۶ (۱۹۸۲)، تلچ و تلچ^۷ (۱۹۸۶) به نقل از هوگان و همکاران، ۲۰۰۲)، کانیگهام و توکو^۸ (۱۹۸۹) و اسوارتز و سندور^۹ (۱۹۹۹) به نقل از هوگان و همکاران، ۲۰۰۲) را نام برد.

هدف اصلی پژوهش حاضر در راستای مطالعات و پژوهش‌های فوق، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران مبتلا به ام‌اس در جهت افزایش سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی آنهاست. همچنین می‌توان اهداف فرعی

1. Crosbie-Burnett & Newcomer
2. George & Cristiani
3. Jackson
4. Toseland
5. Helgeson
6. Johnson
7. Telch & Telch
8. Cunningham & Tocco
9. Schwartz & Sender

دیگری برای این پژوهش برشمرد که این اهداف عبارتند از: بالا بردن سطح آگاهی این بیماران نسبت به بیماری و شرایط و موقعیت موجود آنها، بالا بردن سطح عزت نفس و خودباوری، کاهش سطح اضطراب، افسردگی و کسب آرامش برای آنها، افزایش مهارت‌های اجتماعی برای ارتباط مؤثرتر با خانواده و اطرافیان خود، ایجاد فرصتی برای تخلیه هیجانی و ابراز احساسات، ایجاد امید و انگیزه برای کار و تلاش و مسئولیت‌پذیری، کاهش خودگویی‌ها و افکار منفی، بهبود پندار و تصور از خود، تغییر نگرش بیماران نسبت به بیماری.

به منظور رسیدن به این اهداف، فرضیه‌های زیر تدوین شد:

- ۱- مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران عود- بهبود ام.اس بر افزایش سلامت روان این بیماران تأثیر مثبت دارد.
- ۲- مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران عود- بهبود ام.اس بر تقویت حمایت اجتماعی این بیماران تأثیر مثبت دارد.

روش پژوهش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و جامعه آماری آن، تمام بیماران عود- بهبود ام.اس ۲۰-۳۵ ساله (زن و مرد مجرد، متأهل، مطلقه و با سطح تحصیلات دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس) مراجعه کننده به انجمن ام.اس ایران است که از جامعه مذکور ۲۴ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، علت انتخاب این حجم نمونه، ایجاد فضایی مناسب برای تبادل اطلاعات میان اعضاء و فراهم‌سازی پسخوراند مناسب برای آنها از سوی سایر افراد و رهبر گروه بود. افراد نمونه از نظر سن و نوع بیماری هم‌تاسازی شدند و به روش تصادفی ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند (شایان ذکر است، که در مراحل اولیه درمان، گروه آزمایش با افت دو نفر از اعضاء مواجه شد و گروه با ۱۰ نفر به کار خود ادامه داد). سپس در پیش‌آزمون دو آزمون سلامت روان (MHI)^۱ و حمایت اجتماعی (MSSS)^۲ و پرسشنامه زندگی خاص بیماران ام

1. Mental health inventory
2. Ms social support scale

اس (MSQLI)^۳ برای هردو گروه اجرا شد و گروه آزمایش در یک دوره ۱۰ جلسه‌ای مشاوره‌ای - آموزشی، مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس، شرکت کردند- تعداد جلسات پس از بررسی پرسشنامه تاریخچه زندگی (LHI)^۲ تکمیل شده توسط آزمودنی‌ها و مشخص شدن نیازهای روحی و روانی اعضاء گروه و با توجه به ابعاد هفتگانه شخصیت (وجه احساسی، وجه تصورات، وجه شناختی، وجه رفتاری، وجه عاطفی، وجه روابط بین فردی، وجه معنوی- در پژوهش حاضر، وجه معنوی جایگزین وجه فیزیولوژیک رویکرد چندوجهی لازاروس شده است). ۱۰ جلسه انتخاب شد و در هر جلسه یکی از ابعاد شخصیت کار شد، ولی در میان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد، در پایان پس از آزمون (دو زیرمجموعه مذکور) برای هردو گروه (آزمایش و کنترل) اجرا شد.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش و جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، دو زیر مقیاس سلامت روان (وایت و ویر^۳، ۱۹۸۳) و حمایت اجتماعی (شربورن و استوارت^۴، ۱۹۹۱) پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران مبتلا به ام.اس و پرسشنامه تاریخچه زندگی (لازاروس و لازاروس، ۱۹۹۱) بود. پرسشنامه تاریخچه زندگی چندوجهی (LHI) : پرسشنامه‌ای ۱۵ صفحه‌ای است که مراجع به‌طور هوشیارانه، به عنوان یک تکلیف خانگی، تکمیل می‌کند. این پرسشنامه که تاریخچه کاملی از فرد به دست می‌دهد، از چندین قسمت تشکیل شده است و ابعاد هفت‌گانه شخصیت انسان (رفتار، عاطفه، احساس، تصورات، شناخت، روابط بین فردی و عوامل بیولوژیک) را دربرمی‌گیرد. در قسمت اول بیوگرافی کلی شامل سؤال‌هایی درباره مشخصات کلی، تاریخچه زندگی و روابط مراجع با والدین مطرح می‌شود و در قسمت بعدی، مشکل فعلی مراجع، تجارب او از درمان و درخواست او برای درمان، همچنین انتظار او از درمان و درمانگر مطرح می‌شود. تکمیل این پرسشنامه جریان ارزیابی مراجع را تسریع می‌کند و می‌توان بر مبنای آن برنامه درمانگری و نيمرخ ابعادی و ساختاری مراجع را ترسیم کرد (جان‌بزرگی و نوری، ۱۳۸۲

1. Ms quality of life inventory
2. Life history inventory
3. Veit & Ware
4. Sherbourne & Stewart

به نقل از مهرانی، (۱۳۸۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی خاص بیماران مبتلا به ام اس (MSQLI): در سال ۱۹۷۱، زمانی تهیه شد که کنفدراسیون انجمن‌های ام اس به ضرورت سنجش کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام اس پی برد. این پرسشنامه به عنوان مجموعه جامع ارزیابی به وجود آمد. این پرسشنامه ۱۰ مقیاس و دو فرم بلند (۱۳۸ گزینه‌ای) و کوتاه (۸۱ گزینه‌ای) دارد و براساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شد. در پژوهش حاضر، از دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی پرسشنامه استفاده شد. مقیاس سلامت روان را وایت و ویر در سال ۱۹۸۳، به وجود آوردند. این مقیاس دامنه وسیعی از عواطف مثبت و منفی را دربرمی‌گیرد و ۱۸ گزینه دارد که به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. مقیاس حمایت اجتماعی را شربورن و استوارت در سال ۱۹۹۱، براساس بررسی نتایج پزشکی به وجود آوردند. این مقیاس ۱۸ گزینه دارد که براساس مقیاس ۵ سطحی لیکرت نمره‌گذاری شده است و به حمایت ادراک شده از سوی بیماران، نه حمایت دریافتی واقعی توجه دارد. برای بررسی پایایی^۱ دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی، این دو مقیاس در میان ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس ایران اجرا شد و پایایی سلامت روان و حمایت اجتماعی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ محاسبه شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ^۲ گزارش شده توسط کنفدراسیون انجمن‌های ام اس برای سلامت روان ۰/۹۳ و برای حمایت اجتماعی ۰/۹۷ است. همچنین روایی^۳ پرسشنامه MSQLI را سه گروه (متخصصان اعصاب و روان، کاربران و شاغلان بخش سلامت) تأیید کردند و روایی تأیید شده از سوی کنفدراسیون انجمن‌های ام اس بیش از ۰/۸۰ گزارش شده است.

طرح پژوهش و روش آماری

برای اجرای این پژوهش، روش نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل به کارگرفته شد.

-
1. Reliability
 2. Cronbach's alpha
 3. Validity

در این طرح دو گروه از آزمودنی‌ها انتخاب می‌شوند، قبل از اعمال متغیر مستقل (البته، فقط برای گروه آزمایش) هر دو گروه با پیش‌آزمون اندازه‌گیری می‌شوند، بعد از اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایش (و اعمال نکردن آن بر گروه کنترل) دوباره هر دو گروه با پس‌آزمون اندازه‌گیری می‌شوند. در این طرح، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی انتخاب و گمارش نمی‌شوند (حسن‌زاده، ۱۳۸۷).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی) استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها در طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون در صورتی که اثر متغیر مستقل قوی باشد، می‌توان از تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون $D=(Y_a-Y_b)$ استفاده کرد. بدین معنا که با استفاده از آزمون t برای گروه‌های همبسته تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون گروه گواه و آزمایشی با یکدیگر مقایسه می‌شود، اما اگر متغیر مستقل چندان قوی نباشد، به سبب ناپایایی تفاوت نمره‌ها استفاده از این روش توصیه نمی‌شود، زیرا برای مشخص کردن تفاوت بین گروه آزمایشی و گروه گواه، نمره‌ها باید به اندازه کافی پایا باشد تا تفاوت‌ها را منعکس کند (کرلینجر، ۱۳۷۴ به نقل از شریفی و شریفی، ۱۳۸۹).

برنامه درمانی و شیوه اجرا

پس از اعلام تمایل به برگزاری جلسات مشاوره‌ای-آموزشی گروهی برای بیماران مبتلا به ام.اس مراجعه‌کننده به انجمن ام.اس ایران، افراد داوطلب که ویژگی‌های لازم را از نظر سن و نوع بیماری داشتند، دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی پرسشنامه MSQI را تکمیل کردند که از میان آن‌ها ۲۴ نفر که در سلامت روان و حمایت اجتماعی نمرات پایین‌تری کسب کردند، انتخاب و به‌طور تصادفی، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس شرکت کردند که هفته‌ای یک‌بار به مدت تقریبی ۹۰-۷۵ دقیقه برگزار می‌شد، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان دوره مجدداً هر دو گروه دو زیر مقیاس مذکور پرسشنامه MSQI را تکمیل کردند.

برنامه مداخله‌گرانه: با توجه به نیازهای مراجع و پرسشنامه LHI، که توسط آزمودنی‌های

گروه آزمایش تکمیل شد، برنامه درمانی به شرح زیر طراحی، تهیه و اجرا شد:

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، بیان مقررات، صحبت با اعضا و تلاش برای آگاه‌شدن از انتظارات و خواسته‌های آنها، همچنین کسب اطلاعات بیشتر درباره مشکلات جسمانی، روانی آنها، علت حضور آنها در این جلسات، و در پایان تکمیل پرسشنامه تاریخچه زندگی لازاروس LHI به‌عنوان تکلیف.

جلسه دوم: در آغاز جلسه دوم، ابتدا مشاور توضیح مختصری درباره روش درمانی چندوجهی لازاروس و ابعاد هفت‌گانه شخصیت ارائه داد و سپس نیم‌رخ ابعادی مراجعان به‌وسیله خود آنها به کمک مشاور، بر اساس اطلاعات حاصل از پرسشنامه تاریخچه زندگی لازاروس ترسیم شد.

جلسه سوم: در این جلسه سعی شد از بعدی شروع شود که مورد توافق و انتظار مراجعان است

و وجه احساسی: آموزش روش آرامش‌بخشی همراه با تجسم ذهنی مثبت و تمرین آن در جلسه درمان و درخواست از اعضا برای تلاش در تمرین آن در منزل.

جلسه چهارم: وجه تصورات: آموزش درباره تصویرسازی مثبت از خود و تمرکز بر نقاط مثبت خویش و تصویرسازی مقابله‌ای در شرایط مشکل و سخت بیماری و تعیین مطالعه بخشی از کتاب "اگر بخواهم می‌توانم" به‌عنوان تکلیف.

جلسه پنجم: وجه شناختی: توضیح درباره افکار و شناخت‌های منطقی و غیرمنطقی و تأثیر آن در احساس، رفتار و عواطف فرد، تشویق فرد برای تصحیح افکار غیرمنطقی به منطقی و ارائه تکالیفی در جهت مشخص کردن افکار غیرمنطقی و منطقی خود در برابر حوادث و اتفاقات روزمره تا جلسه آینده.

جلسه ششم: وجه شناختی - رفتاری: آشنایی اعضا با انواع خطاهای شناختی و چگونگی تأثیر آنها بر رفتارهای فرد و تلاش در جهت جایگزینی افکار مثبت و سازنده به‌جای افکار مخرب و سعی در شناسایی افکار مخرب خود در طی هفته و جایگزینی افکار مثبت به‌عنوان تکلیف.

جلسه هفتم: وجه عاطفه (تخلیه هیجانی): آشنایی اعضا درباره ضرورت ابراز هیجانات و

احساسات و بحث و گفتگو درباره نحوه بیان صحیح هیجاناتی مانند خشم و پرداختن به تمرین در جلسه درمان با استفاده از تمرین رفتاری و بازی نقش و تعیین تکالیفی مرتبط با موضوع جلسه جهت تمرین در منزل.

جلسه هشتم: وجه روابط بین فردی: آموزش مهارت‌های بین فردی مانند ابراز وجود به جای پرخاشگری، حذف تباری‌های ناسالم (استفاده از شگردهای زیان‌بخش مثل ارائه پاسخ دو سویه) و ارائه تکالیفی در همین زمینه برای تمرین و تکرار این موارد تا جلسه آینده.

جلسه نهم: وجه معنوی: تأکید بر تأثیر شگرف معنویت بر افزایش بهزیستی و سلامت روان با توجه به تجربیات اعضاء همچنین، تمرکز بر هدفمندی زندگی و مسئولیت‌پذیری هر فرد در برابر خدا، خود و دیگران؛ تعیین تکالیفی در این رابطه.

جلسه دهم: بررسی تکالیف جلسه قبل و دادن بازخورد، ارزشیابی از نتایج جلسات، انعکاس افراد نسبت به کل جلسات گروه، مروری بر خلاصه جلسات قبل و اجرای دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی پرسشنامه MSQI و، تشکر از اعضاء برای حضور در جلسات و اختتام جلسات گروهی.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج آزمون t دوگروه آزمایش و کنترل در متغیرهای سلامت روان و حمایت اجتماعی در

مرحله پیش‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روان	آزمایش	۱۰	۵۱/۳۰	۷/۸۳	۰/۰۱۷	۲۰	۰/۰۵
	کنترل	۱۲	۵۱/۲۵	۶/۲۱			
حمایت اجتماعی	آزمایش	۱۰	۵۱/۰۰	۱۱/۸۸	-۰/۰۱۹	۲۰	۰/۰۵
	کنترل	۱۲	۵۱/۰۸	۹/۱۳			

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، میانگین نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً مشابه یکدیگر است و با توجه به مقدار t محاسبه شده ($t=۰/۰۱۷$ و $t=-۰/۰۱۹$) تفاوت‌ها در سطح ($۰/۰۵ < ۱/۷۲$) معنادار

نیستند. این نتیجه بیان‌کننده این است که در متغیرهای مورد نظر (سلامت روان و حمایت اجتماعی) در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد و تفاوت مشاهده شده ناشی از خطای نمونه‌گیری و اندازه‌گیری است، ولی میانگین نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون بایکدیگر اختلاف دارند. این نتیجه بیان‌کننده این است که در متغیرهای مورد نظر (سلامت روان و حمایت اجتماعی) در مرحله پس‌آزمون بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: مقایسه میانگین تفاضل نمرات مقیاس سلامت روانی دو گروه (آزمایش و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص آماری گروه‌ها	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۱۷/۳۰	۱۳/۸۰	۴/۳۶	۲۰	۳/۵۳	۰/۰۵
کنترل	۱۲	۱/۰۰	۷/۳۸	۲/۱۳			

همان‌طور که جدول ۲ نشان داده است، بین میانگین تفاضل نمرات مقیاس سلامت روان دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($0/05 < 1/72$) با توجه به این مطلب، می‌توان گفت، مشاوره گروهی بر مبنای رویکرد چندوجهی لازاروس می‌تواند بر بهبود سلامت روان بیماران مؤثر باشد.

جدول ۳: مقایسه میانگین تفاضل نمرات مقیاس حمایت اجتماعی دو گروه (آزمایش و کنترل) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص آماری گروه‌ها	تعداد	میانگین تفاضل	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	سطح معناداری
آزمایش	۱۰	۱۲/۷۰	۷/۶۳	۲/۴۱	۲۰	۳/۹۷	۰/۰۵
کنترل	۱۲	۱/۲۵	۵/۸۷	۱/۶۹			

همان‌طور که جدول ۳ نشان داده است، بین میانگین تفاضل نمرات مقیاس حمایت اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($0/05 < 1/72$) با توجه به این مطلب، می‌توان گفت مشاوره گروهی بر مبنای رویکرد

چندوجهی لازاروس می‌تواند بر تقویت حمایت اجتماعی بیماران مؤثر باشد. (میانگین نمرات پس‌آزمون از میانگین نمرات پیش‌آزمون در مقیاس‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی بزرگتر بود، در نتیجه میانگین تفاضل نمرات جداول ۲ و ۳ مثبت گزارش شده‌است).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور پاسخگویی به دو سؤال پژوهشی طراحی و اجرا شد. سؤال نخست این بود که آیا مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران عود-بهبود ام.اس افزایش سلامت روان آنها را موجب می‌شود؟

دومین سؤال این بود، آیا مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد چندوجهی لازاروس با بیماران عود-بهبود ام.اس تقویت حمایت اجتماعی بیماران را موجب می‌شود؟

در راستای دستیابی به پاسخ سؤالات موردنظر برنامه مداخله‌گرانه آموزشی - مشاوره‌ای در ۱۰ جلسه متناسب با نیازهای آزمودنی‌ها اجرا شد و آزمودنی‌ها به دو مقیاس سلامت روان و حمایت اجتماعی پرسشنامه MSQI در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پاسخ دادند. پس از تحلیل و بررسی یافته‌های به‌دست آمده، ملاحظه شد سلامت روان و حمایت اجتماعی گروه آزمایش پس از اجرای برنامه مشاوره گروهی افزایش معناداری یافته است. این یافته‌ها، بیان‌کننده این است که مشاوره گروهی بر مبنای رویکرد چندوجهی لازاروس می‌تواند روشی مؤثر در افزایش سلامت روان و تقویت حمایت اجتماعی این بیماران قلمداد شود. افزون بر این، بررسی یافته‌های جنبی حاصل از پژوهش نشان داد که شرکت بیماران در جلسات آموزشی - مشاوره‌ای توانسته به تغییر نگرش بیماران نسبت به بیماری، بهبود خودپنداره و افزایش مهارت‌های اجتماعی برای ارتباط مؤثرتر با خانواده و اطرافیان کمک کند.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های جکسون و همکاران (۲۰۰۴)، اسوارتز (۱۹۹۹) به نقل از هوگان و همکاران، (۲۰۰۲)، توسلن و همکاران (۱۹۸۹) و حسینی (۱۳۸۴) همخوانی دارد که در پژوهش‌های خود از تأثیر مشاوره گروهی بر افزایش سلامت روان گزارش کرده‌اند. دلایل احتمالی برای افزایش سلامت روان در این بیماران را می‌توان به شرکت آنها در جلسات مشاوره گروهی نسبت داد. با توجه به نظر آدلر^۱ که فرد سالم و بهنجار را کسی می‌داند که

1. Adler

علاقه اجتماعی او رشد یافته و به خود و توانایی‌های خود برای مقابله با موقعیت‌های خاص اعتماد دارد و تسلیم احساس ناامیدی، شکست و حقارت نمی‌شود (شلینگ^۱ به نقل از دینک مایر و دریکورز^۲، ۱۹۶۳) و همچنین بنا بر دیدگاه راجرز^۳ که معتقد است، شخص سالم در زندگی خود به طور کافی از محبت مثبت و غیرمشروط برخوردار است. بنابراین، احساس ارزشمندی می‌کند، برای او هیچ تجربه‌ای تهدیدکننده نیست، عواطف مثبت و منفی بیشتر و عمیق‌تری را در مقایسه با انسان‌های تدافعی تجربه می‌کند. شولتز^۴ (۱۹۹۷) و فروم^۵ فرد سالم را فردی می‌داند که عمیقاً عشق می‌ورزد و توان به‌کارگیری توانایی‌های فردی در جنبه‌های مختلف زندگی را دارد و پاسخ‌های فکری، عاطفی و احساسی نسبت به دیگران و رویدادهای درونی و بیرونی دارد (فروم، ۱۹۹۶، به نقل از شولتز، ۱۹۷۷)، والس^۶ فرد سالم را فردی خودپذیر، دیگرپذیر، منطقی، منعطف و تغییرپذیر می‌داند که انتظار خوشی، شادی و آرامش دائمی را در زندگی ندارند (شلینگ، ۱۳۷۹). می‌توان گفت زمانی که اعضاء در گروه قرار می‌گیرند، با یکدیگر آشنا می‌شوند، انسجام و پیوستگی گروهی در میان آنها شکل می‌گیرد، احساس امنیت را تجربه می‌کنند، از توجه مثبت غیرمشروط از سوی دوستان و هم‌تایان خود برخوردار می‌شوند، در قبال خود و دیگر اعضاء احساس مسئولیت می‌کنند، علاقه اجتماعی در آنها تقویت می‌شود، سعی می‌کنند با تمام وجود در حل مشکلات یکدیگر مشارکت جویند و به یکدیگر کمک کنند. این شرایط احساس بهزیستی و شادابی و سرزندگی را در آنها قوت می‌بخشد.

همان‌طور که ملاحظه شد مشاوره گروهی بر تقویت حمایت اجتماعی بیماران تأثیر مثبت داشته است. شایان ذکر است که یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های هلگسون و همکاران (۲۰۰۲)، جانسون (۱۹۸۲)، تلچ و تلچ (۱۹۸۶) به نقل از هوگان و همکاران، (۲۰۰۲)، کانینگهام و توکو (۱۹۸۱)، اسوارتز و سندور (۱۹۹۹) به نقل از هوگان و همکاران، (۲۰۰۲)، توسلن و همکاران (۱۹۸۹) نیز همسوست آنها در پژوهش‌های خود دریافتند که مشاوره‌های

-
1. Shilling
 2. Dinkmeyer & Dreikurs
 3. Rogers
 4. Schultz
 5. Fromm
 6. Ellis

گروهی بر تقویت حمایت اجتماعی افراد تأثیر دارد. در تبیین علت احتمالی این فرضیه که مشاوره گروهی با بیماران ام.اس و تقویت حمایت اجتماعی در آنها رابطه مثبت معنادار دارد، می‌توان گفت با توجه به نظر راتوس^۱ (به نقل از عابدیان و پیروی، ۱۳۸۶) که معتقد است، حمایت اجتماعی فشار روانی را از پنج طریق: توجه عاطفی (شامل گوش دادن و همدلی و ابزار احساسات)، یاری‌رسانی، فراهم‌سازی اطلاعات، ارزیابی، فراهم‌سازی پاسخ‌دهی و جامعه‌پذیری تعدیل و تضعیف می‌کند (احمدی علون‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به پشتوانه نظری پژوهش، سعی شد در گروه فضایی مناسب فراهم شود تا اعضاء بتوانند در جوی آرام، بدون قضاوت و داوری، با مطرح کردن احساسات، افکار، عقاید و مشکلات خود و دریافت همدلی و بازخورد مناسب از سوی اعضاء و رهبر گروه، خودپنداره مثبت در آنها تشکیل شود و این تصور در آنها ایجاد شود که از سوی اعضاء گروه درک و پذیرفته شده‌اند، در نتیجه به درون‌ریزی عواطف و هیجانات خود خاتمه دهند، همچنین آنها برای کمک به دوستان خود احساس مسئولیت کنند و در پی حل مشکلات یکدیگر برآیند، که این امر در ایجاد انسجام گروهی، افزایش خودباوری و عزت‌نفس، کاهش احساس تنهایی و در نتیجه، تقویت حمایت اجتماعی اعضاء مؤثر بود. نتایج حاصل از پژوهش با نظریه شناختی-اجتماعی بندورا (درمان چندوجهی لازاروس بر اساس آن بنا نهاده شده است) همخوان است، مبنی بر این که یادگیری نتیجه ارتباط متقابل بین فرد، محیط و الگوهای رفتاری آموخته شده از سوی فرد و گروه است (بندورا^۲، ۱۹۸۶ به نقل از آبرومیتیس^۳، ۲۰۱۰). بسیاری از مشکلات این بیماران از مسائل بین‌فردی نشأت می‌گیرد و به برقراری یا حفظ رابطه صمیمانه با دیگران مربوط می‌شود. آنها ممکن است ندانند چگونه با افرادی زندگی کنند که دوستشان دارند و احساسات درونی خود را با آنها در میان بگذارند. گروه نوعی آزمایشگاه طبیعی است، که با ارائه اطلاعات لازم درباره بیماری و نحوه مقابله با مشکلات گوناگون، نحوه تعامل‌های اجتماعی مناسب، مبارزه با توقعات غیرواقعی گرایانه و نگرش‌های نامعقول و نحوه ابراز صحیح احساسات و عواطف، فرصتی مناسب برای رشد فکری، عاطفی و روانی اعضاء فراهم می‌آورد.

1. Rathus
2. Bandura
3. Abromitis

همچنین، زمانی که افراد در گروه قرار می‌گیرند بر رفتار دیگران تأثیر می‌گذارند و همچنین از رهبر گروه و سایر اعضا تأثیر می‌پذیرند؛ آنها همدلی، توجه و احترام متقابل را از یکدیگر دریافت می‌کنند و احساس می‌کنند، در داشتن مشکلات تنها نیستند و می‌توانند مشکلات خود را به راحتی بیان کنند و راه‌حلی برای مشکلات یکدیگر ارائه دهند و از این طریق حس ارزشمندی و خودکارآمدی در آنها تقویت می‌شود.

همچنین در زمینه اثربخشی مشاوره گروهی بر مبنای رویکرد چندوجهی لازاروس یافته‌های این پژوهش با یافته‌های آلن (۲۰۰۲)، چارلز و مانک (۱۹۹۱)، اسوارتز (۱۹۹۹) به نقل از هوگان و همکاران، (۲۰۰۲)، دباغی، دادستان و ساعتچی (۱۳۸۱) همخوان است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت، رویکرد چندوجهی لازاروس، روشی جامع و کل‌نگر است که در فرآیند درمان تمام ابعاد شخصیت انسان به آن توجه می‌شود. و از طرفی، بیماری ام‌اس یک بیماری با عوارض و مشکلات زیستی- روانی- اجتماعی محسوب می‌شود. بنابراین، در درمان بیماران مبتلا به ام‌اس، صرفاً توجه به جنبه فیزیولوژیک بیماری و به‌کارگیری درمان دارویی محض، امری غیرمنطقی است. در نتیجه، درمان این بیماران باید درمانی جامع و همه‌جانبه باشد و به جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی بیماران توجه شود، که در قالب یک کار گروهی متشکل از متخصصان مغز و اعصاب، روان‌پزشکان، مشاوران و روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و فیزیوتراپیست‌ها به بیماران عرضه شود. البته فراهم‌سازی چنین امکاناتی نیازمند همکاری و توجه مقامات و دست‌اندرکاران وزارت بهداشت و درمان است.

افت آزمودنی‌ها از مسائلی است که این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده است. چنانچه گروه آزمایش ابتدا ۱۲ نفر بودند که به ۱۰ نفر تقلیل یافتند. امکان وقوع رخداد‌های زمانی همزمان با اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایش وجود دارد.

به علت وجود مشکلات فراوان ارتباطی-زناشویی در افراد متأهل مبتلا به ام‌اس، پیشنهاد می‌شود مشاوره‌های گروهی خاص این گروه از بیماران و همسران آنها به‌صورت زوج‌درمانی گروهی اجرا شود، این پژوهش در میان بیماران عود- بهبود ام‌اس و در محدوده سنی ۳۵-۲۰ انجام شد. پیشنهاد می‌شود در میان افراد مبتلا به انواع دیگر بیماری و در رده‌های سنی بالاتر هم این پژوهش‌ها انجام شود. با توجه به یافته‌های پژوهش انجام شده، خدمات مشاوره در زمینه مشکلات فردی و گروهی یکی از نیازهای ضروری این بیماران است و ارائه خدمات مشاوره

بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی ۸۱

باید به طور دائم در مرکز انجمن ام.اس و مراکز مرتبط در دسترس بیماران باشد، همچنین وزارت بهداشت باید به این نیاز اساسی بیماران ام.اس توجه کند و مراکزی را برای ارائه خدمات مشاوره و روان‌شناختی به بیماران و خانواده‌های آنها اختصاص دهد.

منابع

آیتی، محمد، (۱۳۷۸). بررسی معاینه وضعیت روانی در ۵۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تحت پوشش انجمن ام‌اس ایران، پایان‌نامه دکترای تخصص روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

اباذری، فاطمه، (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش مشاوره چندوجهی لازاروس بر کاهش افسردگی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

احمدی علون‌آبادی، سید احمد، مریم فاتحی‌زاده، هاجر صادقی، (۱۳۸۷). حمایت اجتماعی و سلامت جسم و روان، مقاله ارائه شده در هفته پژوهش دانشگاه اصفهان.

اکرامی، مهدی، (۱۳۸۷). بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی (شناختی و رفتاری) در کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان دختر پایه اول دبیرستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۸۷-۸۶، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا(س).

بیابانگرد، اسماعیل، (۱۳۸۰). اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس، عقلانی-عاطفی الیس و آرام‌سازی بر کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان، رساله دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی علامه طباطبایی.

پور ابراهیم، تقی، (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی دو شیوه مشاوره گروهی معنا درمانی با مشاوره فردی چندالگویی بر کاهش افسردگی سالمندان آسایشگاه‌های تهران، رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

جان‌بزرگی، مسعود، ناهید نوری، (۱۳۸۲). شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی، تهران، سمت. جورج و کریستیانی، (۱۳۸۳). مشاوره (نظریه‌ها و کاربردها)، ترجمه رضا فلاحی، حسین حاجیلو، تهران، رشد.

حسن‌زاده، رمضان، (۱۳۸۷). روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران، رشد. حسینی، سعیده السادات، (۱۳۸۴). بررسی تأثیر شناخت‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز تحت پوشش انجمن ام‌اس ایران،

- پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه الزهرا(س)، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- دباغی، پرویز، پریخ دادستان، محمود ساعتچی، (۱۳۸۱). مقایسه اثربخشی دو روش درمان چندوجهی و آرامش آموزی در کاهش اضطراب، مقاله ارائه شده در سمینار دومین کنگره روان شناسی بالینی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- زندى پور، طیبه، (۱۳۸۶). نگرش بیماران مبتلا به ام.اس نسبت به کیفیت زندگی خویش و خدمات مشاوره و روان شناسی.
- شرفی، حسن پاشا و نسترن شریفی، (۱۳۸۹). روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران، سخن.
- شلینگ، لویز، (۱۳۷۹). نظریه های مشاوره، ترجمه آرین، س. ا، تهران، اطلاعات.
- شولتز، دوان، (۱۳۷۹). روان شناسی کمال، ترجمه گیتی خوشدل، تهران، پیکان.
- کدایی، ایوب، (۱۳۸۴). اثربخشی درمان چندوجهی لازاروس و آموزش مهارت های مطالعه بر کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهرستان گرگان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- مهرانی، بهناز، (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی رویکرد چندوجهی آرنولد لازاروس بر بلوغ عاطفی دانش آموزان دختر سال سوم متوسطه منطقه ۲ آموزش و پرورش ملارد شهریار، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- Abromitis, Barbara, (2010).** *Social cognitive theory in a K-8 classroom*, (www.suite101.com).
- Allen, Brad, (2002).** Multimodal behavior management for people with dementia. *American Journal of Alzheimer's disease and other Dementias*. V, 17, N. 2 , pp. 89-91
- Crosbie-Burnett, Margaret, Newcomer & Laurel L, (1990).** Group counseling children of divorce, the effects of multimodal intervention, *Journal of Divorce*, Volume 13, Issue 3, June 1990, pp. 69-78.
- Cunningham, A.J. & Tocco, E.K, (1989).** A randomized trial of group psychoeducational therapy for cancer patients, *Patient Educ Counsel* 14, pp. 101-114.
- Dennison, Laura; Moss-Morris , Rona ; Chalder ,Trudie , (2008).** A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis, *Clinical Psychology Review*, 29 (2009).pp. 141-153.

- Dryden, Windy & Mytton, Jill, (1999).** *Four approaches to counseling and psychotherapy*. Routledge, London, Great Britain.
- Francies F & Fand sallivan, I. B, (2004).** Mental health in patients with multiple sclerosis, *Journal Clinical Expanding Neurology*, v 22 .n.5, pp. 425-430.
- Harrison, M. O, (2008).** International review of psychiatry, *Psychiatric Services*, Sq(1), 1-7.
- Helgeson Vicki S; Cohen, Sheldon; Schulz, Richard & Yasko, Joyce, (2002).** Long-Term Effects of Educational and Peer Discussion Group Interventions on Adjustment to Breast Cancer, *Health Psychology*, Volume 20, Issue 5, September 2001, pp. 387-392.
- Hogan, Brenda; Linden, wolfgang; najarian, Bahman, (2002).** Social support iterrention do they work, *Clinical psychology Review*, 22, PP. 381-440.
- Jackson, C.A & Alice. P, (2004).** Mental health in MS, *Journal Clinical Expanding Neuropsychology*, v 23, N.5, pp. 598-620.
- Johnson, J, (1982).** The effects of a patient education course on persons with a chronic illness, *Cancer Nursing* 5, pp. 117-123.
- Lazarus, A. A, (2004).** *Multimodal therapy*, In R.J. Corsini, & D. Wedding(Eds), current
- Mc Cabe, Martia; Mckern & Suzanne, Mcdonald, Elizabeth, (2004).** Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis, *Journal of psychosomatic research*, Volume 59, pp. 355-361.
- Morgante, Linda, (2004).** MS Nursing, Introduction to Multiple Sclerosis Nursing Care. The University of New Mexico, Health Science Center. Multiple sclerosis quality of life inventory, A user manual, (1997). the consortium of multiple sclerosis centers. *The National Multiple Sclerosis Society*, New York.
- National MS society, (2008).** What causes MS, Retrieved January, 2009, from www.nationalmssociety.org .
- Nelson, Jones, R, (2006).** *Theory and Practice of counseling and therapy*, (4th Ed). London, SAGE publications.
- Schwartz, Carolyn E, (2002).** Teaching Coping Skills Enhances Quality of Life More Than Peer Support, Results of a Randomized Trial With Multiple Sclerosis Patients, *Health Psychology*, Volume 18, Issue 3, Pages 211-220
- Telch, C.F & Telch, M.J, (1989).** Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients, a comparison of strategies. *J Consult Clinic Psychiatry* 54, pp. 802-808.therapy for cancer patients, Patient Educ Counsel 14.