

بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از نوع شروع اولیه

یلدا فامیل شریفیان^۱، مهدی خلیلی^۲، سمیرا حسن‌زاده پشنگ*^۳، حمید کمرزین^۴، محمداحسان تقی‌زاده^۵

تاریخ دریافت 1392/04/15 تاریخ پذیرش 1392/06/21

چکیده

پیش زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که مزمن بودن ماهیت بیماری، نداشتن پیش‌آگهی و درمان قطعی باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در بیماران می‌گردند که در این میان افسردگی، اضطراب بیشترین شیوع را دارند. هدف از انجام تحقیق حاضر، تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سلامت روان بیماران مولتیپل اسکلروزیس از نوع شروع اولیه می‌باشد.

مواد و روش کار: این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. جامعه آماری را کلیه بیماران از نوع شروع اولیه مراجعه کننده انجمن ام‌اس تهران تشکیل می‌دادند که ۲۸ نفر از بیمارانی که کمترین سطح سلامت عمومی داشتند، به طور در دسترس انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۷۵ - ۹۰ دقیقه‌ای در هفته‌ای یک‌بار تحت آموزش گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اساس رویکرد مایکل فری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید و داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه درمانی شناختی-رفتاری موجب افزایش سلامت روان در پس‌آزمون گروه آزمایش گردیده است ($p \leq 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: گروه درمانی شناختی-رفتاری باعث بهبود سلامت روان بیماران ام‌اس شروع اولیه می‌شود. بنابراین این روش را می‌توان در بیمارستان‌ها و آسایشگاه‌ها به عنوان یک درمان تکمیلی به کار بست.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی شناختی - رفتاری، سلامت روان، بیماران ام‌اس شروع اولیه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره نهم، ص ۶۶۴-۶۵۲، آذر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان آیت الله کاشانی، خ پیامبر غربی، خ جهادکبر، کوچه اول (شهید حمید انصاری) پلاک ۱۰ طبقه اول، تلفن: ۰۹۱۹۶۴۲۰۳۱۵

Email: Hasanzadeh60@yahoo.com

مقدمه

جسمی گاهی اوقات ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود (۱). لمایستر، نیز معتقد است، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی متعددی نیز روبه‌رو می‌شوند (۲). اسکاندلین بر این باور است که بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشند، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد.

مشکلات مزمن پزشکی، بیماری‌های طولانی مدتی هستند که در سال‌های اخیر، به ویژه در کشورهای پیشرفته با سرعت زیادی شیوع فزاینده‌ای یافته است. این بیماری‌های مزمن تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کنند و کارکردهای بیمار را محدود کرده و معمولاً صعب‌العلاج بوده و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد. ترنر و کلی معتقدند که پیشرفت‌های صورت گرفته در روش‌های درمان بیماری‌های مزمن

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی (نویسنده مسئول)

^۴ استادیار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه پیام نور استان البرز

^۵ استادیار روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه پیام نور استان تهران

می‌شود. احتمال این که مردان بیشتر از این نوع رنج ببرند، نسبت به زنان بیشتر است. (۷) د) نوع پیش‌رونده - عود کننده^{۱۰}: نوع نادری از MS است که با یک دوره پیش‌رونده اولیه آغاز می‌شود و دوره‌هایی از عود به این مسیر پیش‌رونده افزوده می‌گردد (۸) علت این بیماری کاملاً مشخص نیست، اما عوامل متعددی از جمله سابقه ابتلا به بیماری‌های عفونی، نقص سیستم ایمنی بدن، استرس و تنیدگی و عوامل محیطی متعدد می‌تواند در ایجاد بیماری مؤثر باشد. بیماری MS دومین علت شایع ناتوانی در جوانان است و احتمال ابتلای زنان به بیماری MS سه برابر بیشتر از مردان است (۹). معمولاً علائم این بیماری زمانی ظاهر می‌شود که بیماران در سنین بین ۲۰ تا ۴۰ هستند، زمانی که آن‌ها در آغاز راه کار و تشکیل خانواده می‌باشند (۱۰). بنابراین بیماری بر چگونگی ایفای نقش آنان در زندگی و وضعیت شغلی بیماران و نهایتاً کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر شدیدی می‌گذارد که با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است (۱۱). افرادی که برای آن‌ها MS تشخیص داده می‌شود، نیاز به تطابق و هماهنگی با چالش‌های بیماری مزمن دارند (۱۲) که البته کار ساده‌ای نیست و نیاز به آموزش دارد. بیماری MS علاوه بر ناراحتی‌های جسمانی، فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی بر فرد و خانواده او تحمیل می‌سازد (۱۳) و روند رو به افزایش آن در دنیا لزوم توجه ویژه به آن را نشان می‌دهد (۱۴، ۱۱). بطوریکه در جهان حدود ۲/۵ میلیون نفر مبتلا به این بیماری می‌باشند. تحقیقات یک همپوشانی در نشانه‌های بین و بیماری‌های وابسته به روان پزشکی مانند افسردگی و اضطراب یافته است. این می‌تواند اغلب بیماران را به این سمت هدایت کند که در ابتدای بیماری، تشخیص روان پزشکی برای شرایطشان دریافت کنند. به هر حال تفاوت‌های روان‌شناسی بین افسردگی بیماران MS و بیماران که بیماری‌های روان پزشکی نظیر افسردگی و اضطراب دارند، وجود دارد. افسردگی در بیماران MS شایع است و بیش از ۶۰ درصد از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند (۱۵). افسردگی در این بیماران بیشتر با عصبانیت، تحریک‌پذیری، نگرانی و نداشتن شجاعت به جای انتقادپذیری، دوری و از دست دادن علاقه مشخص می‌شود (۱۶). تحقیقات مقادیر بالاتری از افسردگی را در این بیماران نسبت به جمعیت عمومی (۱۸-۱۶) و گروه‌های بیمار دیگر (۱۵، ۱۶، ۱۹) تجربه می‌کنند و برآوردها شیوع افسردگی در این بیماران را طیفی از ۱۴ تا ۵۷ درصد (۱۵) نشان می‌دهد. بطوریکه یک مطالعه میزان خودکشی این افراد را هفت برابر و مطالعه دیگر گزارش کرده است

یکی از این بیماری‌های مزمن، بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ می‌باشد که به اختصار آن را MS می‌نامند. تحقیقات رنج روانی زیادی را در ارتباط با این بیماری نشان می‌دهد (۴). بیماری MS جزو بیماری‌های شایع تخریب میلینی^۲ سیستم عصبی مرکزی است و فرضیه کلی آن این است که سیستم ایمنی که صدمه دیده، قادر به تمیز بین پروتئین‌های ویروسی و میلین بدن خود فرد نبوده و لذا آنتی‌بادی‌هایی تولید می‌کند که به بدن حمله می‌کنند، به عبارت دیگر بدن نسبت به خودش حساسیت پیدا می‌کند و این همان حالتی است که خودایمنی^۳ گفته می‌شود. از ویژگی‌های اولیه این بیماری تخریب میلین است که نشانه اصلی می‌باشد. میلین پوشش چربی است که تارهای عصبی را می‌پوشاند و متشکل از لایه‌های سلولی تخصص یافته‌ای بنام الیگودندروسیت^۴ است که در مغز و طناب نخاعی تشکیل می‌شوند. نتیجه این روند ایجاد قطعات متعددی از بافت سخت بنام پلاک^۵ است که باعث اختلال در انتقال پیام عصبی ارسالی از مغز و طناب نخاعی به سایر قسمت‌های بدن و بالعکس می‌شود (۵) دیگر ویژگی این بیماری تخریب آکسون هاست^۶، رشته‌های بلند انتهای سلول عصبی، که پیام‌های عصبی را از یک سلول عصبی به نواحی دورتر انتقال می‌دهند. تخریب این رشته‌ها عامل اصلی در ناتوانی دائمی است که در بیماری MS روی می‌دهد. این بیماری انواع مختلفی دارد ولی حتی دو بیمار را نمی‌توان یافت که علائم دقیقاً مشابه یکدیگر داشته باشند و علائم بیماری از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند (۶) ولی به طور کلی این بیماری را می‌توان به چهار دسته اصلی تقسیم کرد: الف) نوع عود کننده و فروکش یابنده^۷: معمولاً بیماری با این نوع آغاز می‌شود. در نوع عود کننده حمله‌ها غیرقابل پیش بینی‌اند و ممکن است هفته‌ها، ماه‌ها و یا سال‌ها طول بکشد و می‌تواند بسیار خفیف و یا بسیار شدید باشد. ب) نوع پیش‌رونده ثانویه^۸: که بیمار بدون داشتن دوره‌های واضحی از حمله یا فروکش، با گذشت زمان رفته رفته ضعیف تر می‌شود. به طور متوسط ۶۵ درصد بیماران که ابتدا با نوع تشخیص داده شدند، این نوع بیماری را حدود ۱۵ سال بعد نشان می‌دهند ج) نوع پیش‌رونده اولیه^۹: ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران به این نوع مبتلا هستند. در این نوع، بیماران حالت عود یا فروکش ندارند، و از همان ابتدای شروع بیماری، تدریجاً بر میزان ناتوانی آن‌ها افزوده

¹ multiple sclerosis

² demyelination

³ autoimmunity

⁴ Oligodendrocy

⁵ Plaque

⁶ Axon

⁷ Relapsing - remitting

⁸ Secondary-progressive

⁹ Primary - progressive

¹⁰ Progressive-Relapsing

بررسی کردند و نتیجه نشان داد که بیماران در سبک مقابله از نوع افسرده شدن و استرس بهبود نشان داده‌اند (۳۱). شواهد پژوهشی تا اندازه‌ای به اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس پی برده‌اند. اما نمونه تحقیقاتی که به طور مشخصی اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری را بر سلامت روان بیماران ام‌اس از نوع شروع اولیه، گزارش کرده باشند، کمیاب می‌باشد بنابراین هدف محققین از انجام این تحقیق، بررسی سؤال زیر می‌باشد. آیا مداخله روان‌شناختی درمانگری گروهی شناختی - رفتاری، بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مداخله درمانی است و پیرو طرحی از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی^{۱۳} است. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه که در انجمن ام‌اس تهران تشکیل پرونده داده بودند، تشکیل می‌دادند. از میان آنان، ۶۰ بیماری که نمره سلامت روان آن‌ها بالاتر از ۲۳ بود، انتخاب شدند و از این تعداد ۲۸ نفر که امکان حضور در کلاس‌های آموزشی را داشتند به صورت نمونه‌گیری در دسترس با توجه به جدول مورگان انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) جایگزین گردیدند. از معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش حاضر ۱- ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی بارز نظیر دو قطبی بودن و داشتن اختلال شخصیت ۲- ابتلا به اختلال‌های طب‌ی نظیر سرطان، دی‌ابت و اینکه سن بیماران بالاتر از ۴۵ سال و کمتر از ۲۰ سال باشد و در آخر اینکه قبلاً در کلاس شناخت درمانگری گروهی شرکت کرده باشند. بنابراین با مصاحبه‌های انجام شده مشخص شد که هیچ یک از آزمودنی‌ها قبلاً تحت آموزش شناخت درمانگری نبوده‌اند. طبق طرح تحقیق (پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل)، بعد از جایگزینی تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل، هر دو گروه پرسشنامه سلامت روان را تکمیل نمودند. پرسشنامه (GHQ-28)^{۱۴} یک مقیاس خودتوصیفی است. این مقیاس دارای ۲۸ عبارت است که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ جهت تفکیک موارد مبتلا به اختلالات روانی ساخته شده است. از دیدگاه هندرسون^{۱۵} (۱۹۹۰) GHQ شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۲۸، ۶۰، ۳۰ و ۱۲ سؤالی است. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عاملی بر روی

حدود یک سوم این بیماران در بیشتر طول زندگی‌شان افکار خودکشی داشته‌اند. (۲۰). این بیماران از مقادیر بالای اضطراب نیز رنج می‌برند که از جمعیت عادی (۲۱) و دیگر گروه‌های پزشکی مانند بیماران نخاعی و بیماران مجروح (۲۲) بیشتر است و شیوع آن در آنان ۱۹ تا ۳۴ درصد است (۲۳ و ۲۴ و ۲۵). در پژوهشی هم که توسط فرانسیس و همکاران، در میان ۲۱۷ بیمار مبتلا به ام‌اس انجام شده بود، نشان داده شد که بین سلامت روان پایین و بیماری MS همبستگی بالایی وجود دارد (۲۶)، این مسئله نیاز به توسعه مداخلات خاص‌تر را برای کاهش افسردگی و اضطراب MS محور نشان می‌دهد. اما اینکه کدام مداخلات در کاهش این علائم مؤثر است توسط توماس و همکاران تحقیق شده است. آنان اثربخشی انواع مداخلات روان‌شناختی انجام شده بر بیماران مبتلا به MS را بررسی کردند و نتیجه تحقیق نشان داد درمان افسردگی با رویکرد شناختی - رفتاری بسیار مفید واقع شده است و به این بیماران در سازگاری با بیماریشان کمک کرده است (۲۷). بیماران مبتلا به MS به دلیل علائم ناتوان‌کننده بیماری ممکنست توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید به زندگی خود را از دست بدهند. لذا در درمان این بیماری‌ها هدف بهبودی نیست، بلکه ادامه زندگی مستقل و حتی‌الامکان دارای یک کیفیت مطلوب و توأم با احساس رضایت و کارآمدی مطرح می‌باشد. به همین منظور یکی از درمان‌هایی که در دامنه وسیعی از اختلالات رایج در حوزه سلامت روان مؤثر است، درمان شناختی - رفتاری می‌باشد. این رویکرد تلفیقی از دو الگوی موفق رفتار درمانی و شناخت درمانی است که نقش موفق آن در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی به خصوص افسردگی و اضطراب به اثبات رسیده است (۲۸) و یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این نوع درمان، این است که 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 دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (۲۹). نوپ، کسل، موریس در تحقیقی با سؤال "کدام مؤلفه (شناختی یا رفتاری) در درمانگری شناختی - رفتاری^{۱۱}، بر میزان فرسودگی و افسردگی بیماران مبتلا به اثرات مثبت تری ایفا می‌کند؟ به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری به طور مؤثرتری نسبت به آموزش و درمان با آرام‌سازی عضلات^{۱۲} علائم فرسودگی را در این بیماران کاهش می‌دهد (۳۰). تسار و همکاران هم اثرات روان‌شناختی گروه درمانی را بر میزان افسردگی، اضطراب، فائق آمدن و تصویر بدنی در ۲۹ بیمار مبتلا به

¹³ quasi-experimental design

¹⁴ General Health Questionnaire

¹⁵ Henderson

¹¹ cognitive-behavioural therapy (CBT)

¹² relaxation training (RT)

جلسه بعدی کنترل بر کاهش فراوانی افکار خودآیند، استفاده از تکنیک‌های توجه برگردانی، کنترل بر چگونگی احساس خود، استفاده شیوه‌های افزایش لذت و تسلط، افزایش قابلیت‌های مقابله با احساسات منفی، پاسخ به افکار منفی از طریق ارزیابی و یافتن گزینه‌های مفیدتر، تکنیک القاء حالت خلقی و افکار جایگزین، تحلیل مزایا و معایب باورها، تغییر افکار منفی از طریق رفتار، تکنیک پیوستارنگری، تکنیک راه حل آفرینی سازنده، تمرین پذیرش و تکنیک ماشین زمان آموزش داده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، فرم رضایت آگاهانه در اختیار بیماران قرار گرفت که در آن ضمن تشریح نحوه تکمیل پرسشنامه، عدم نیاز به درج نام و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی مورد تاکید قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS16 جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از تحلیل آماری کوواریانس استفاده شده که مقدار $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری آماری در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

هر دو گروه آزمایشی و کنترل از لحاظ متغیرهای دموگرافیک مانند سن و جنس در این پژوهش کنترل شده‌اند. میانگین سنی افراد نمونه (۲۸ نفر) $35/9$ سال با انحراف معیار $9/69$ و میانگین سنی گروه آزمایش $35/8$ سال با انحراف معیار $9/58$ و میانگین سنی گروه کنترل 36 سال با انحراف معیار $1/01$ بود و هر دو جنس به تعداد مساوی در پژوهش شرکت داشتند. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت کردن برخی از مفروضه‌های اساسی است مانند: ۱- نرمال بودن نمرات متغیرها ۲- همگنی واریانس ۳- همگنی خطوط رگرسیون است که در این پژوهش این مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه نرمال بودن نمرات متغیرها با آزمون کولموگوروف اسمیرنوو بررسی شد و نتایج (جدول ۱) نشان می‌دهد نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب، افسردگی و سلامت روان به طور کلی از توزیع نرمال فاصله زیادی ندارند.

فرم اصلی ساخته شده است. فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است (۳۲). این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس می‌باشد که هر مقیاس حاوی ۷ سؤال است. مقیاس‌های آن عبارتند از: علائم جسمانی^{۱۶}، اضطراب و اختلال خواب^{۱۷}، اختلال در عملکرد اجتماعی^{۱۸} و افسردگی شدید. عباس هومن جهت تعیین روایی سازه از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس استفاده کرد که نتیجه این محاسبات حاکی از اشباع تست از چهار عامل معنی‌دار و مهم است و نیز روایی ملاکی برآورد شده از طریق محاسبه ضریب همبستگی GHQ-28 و SCL-90 را معادل $0/82$ گزارش نموده‌اند (۳۳). به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، گلدبرگ از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌کند. گلدبرگ با مرور پژوهش‌های انجام شده در این دو زمینه که به دو صورت بازآزمایی و نیز محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به انجام رسیده مقدار اعتبار را بالا و قابل قبول گزارش کرده است (۳۴). در بررسی گلدبرگ و ویلیام، اعتبار تصنیفی برای کل پرسشنامه را $0/95$ گزارش کرده‌اند (۳۵). بعد از آموزش شناخت درمانگری گروهی^{۱۹} به گروه آزمایش طی ۱ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای که با توجه به مبانی نظری مایکل فری، لپهای و هاوتون (۳۶-۳۹)، توسط محققین به صورت گروهی آموزش داده شد، دوباره از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. موضوعات جلسه آموزش به ترتیب شامل: جلسه اول - خوش آمد گویی، اقدام برای شناخت یکدیگر، آشنایی با شیوه کار گروه درمانی، توضیح در خصوص تفکر و احساس، روابط بین احساسات و افکار و اهمیت شرکت آنان در همه جلسات آموزش و اهمیت انجام تکالیف خانگی بود. جلسه دوم - ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آن‌ها، تحریف‌های شناختی. جلسه سوم - آشنا کردن شرکت کنندگان با این موضوع که افکار خودآیند پیامدهای رفتاری و هیجانی به دنبال دارد، تشخیص خطاهای شناختی، تزریق فکر، واکنش‌های منطقی مناسب با موقعیت، و ۶

جدول شماره (۱): آزمون کولموگوروف اسمیرنوو جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها

مفروضه اول	پیش آزمون سلامت عمومی	پیش آزمون افسردگی	پیش آزمون اضطراب	پس آزمون سلامت عمومی	پس آزمون اضطراب	پس آزمون افسردگی
Z کولموگوروف اسمیرنوو	۱/۲۵۸	۰/۶۶۶	۰/۸۰۹	۰/۵۲۲	۱/۶۹۰	۱/۰۵۱
P value	۰/۰۸۴	۰/۷۶۷	۱/۵۳۰	۰/۹۴۸	۰/۷۲۷	۰/۲۱۹

¹⁶ Somatic symptom

¹⁷ Anxiety & insomnia

¹⁸ Social disfunction

¹⁹ Cognitive therapy in group

مفروضه همگنی واریانس با آزمون لوین بررسی شد و نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد مقدار F مربوط به آزمون لوین معنی‌دار نیست. این عدم معنی‌داری آزمون لوین نشانگر این است که واریانس خطا بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت خاصی با همدیگر ندارند. بنابراین شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول شماره (۲): بررسی مفروضه دوم: آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	P value	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F
GHQ	۰/۱۳۱	۲۶	۱	۲/۴۲۸
افسردگی	۰/۸۴۸	۲۶	۱	۰/۰۳۷
اضطراب	۰/۵۳۷	۲۶	۱	۰/۳۹۱

جهت بررسی مفروضه همگنی خطوط رگرسیون، یکی از روش‌های معتبر این است که بین متغیر پیش آزمون و گروه، کنش متقابل وجود نداشته باشد و نتایج (جدول ۳) نشان می‌دهد میزان pvalue بین گروه و پس آزمون اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی $P \geq 0.05$ می‌باشد. یعنی خطوط رگرسیون موازی می‌باشد.

جدول شماره (۳): بررسی مفروضه سوم، همگنی خطوط رگرسیون

همگنی خطوط رگرسیون	F	P value
پس آزمون سلامت عمومی * گروه	۰/۵۵۶	۰/۴۶۳
پس آزمون افسردگی * گروه	۰/۳۴۳	۰/۵۶۴
پس آزمون اضطراب * گروه	۰/۰۳۸	۰/۸۴۷

جدول شماره (۴): مقایسه میانگین‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی در هر دو گروه آزمایشی و کنترل

گروه پارامترها	پیش آزمون اضطراب	پس آزمون اضطراب	پیش آزمون افسردگی	پس آزمون افسردگی	پیش آزمون سلامت عمومی	پس آزمون سلامت عمومی
میانگین	۹/۲۱۹۳	۶/۳۵۷۱	۷/۸۵۷۱	۴/۲۸۵۷	۳۶/۷۱۴۳	۲۳/۰۷۱۴
انحراف معیار	۳/۶۶۲۲۵	۳/۲۴۸۸۴	۳/۳۰۱۶۸	۲/۸۶۷۰۲	۱۰/۴۱۷۶۵	۸/۴۸۹۴۹
حداقل نمره	۵	۲	۳	۱	۲۵	۱۴
حداکثر نمره	۱۴	۱۳	۱۳	۱۱	۵۴	۴۳
میانگین	۹/۲۱۴۳	۹/۴۲۸۶	۷	۷/۳۵۷۱	۳۷	۳۸
انحراف معیار	۳/۰۹۲۸۸	۳/۰۵۴۹	۵/۸۸۳۴۸	۵/۴۴۳۵۲	۱۱/۵۱۵۵۸	۱۰
حداقل نمره	۲	۴	۱	۲	۲۵	۲۶
حداکثر نمره	۱۴	۱۴	۲۰	۲۰	۶۴	۶۰

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین اضطراب گروه آزمایش پس از آموزش شناختی - رفتاری گروهی از ۹/۲۱۹۳ به ۶/۳۵۷۱ کاهش داشته و میانگین اضطراب گروه کنترل از ۹/۲۱۴۳ به ۹/۴۲۸۶ افزایش یافته است. میانگین افسردگی گروه آزمایش پس از آموزش شناختی - رفتاری گروهی از ۷/۸۵۷۱ به ۴/۲۸۵۷ کاهش داشته و میانگین افسردگی گروه کنترل از ۷/۳۵۷۱ به ۷/۳۵۷۱ افزایش داشته است. میانگین سلامت عمومی کلی گروه آزمایش پس از آموزش شناختی - رفتاری گروهی از ۳۶/۷۱۴۳ به ۲۳/۰۷۱۴ کاهش داشته و میانگین سلامت عمومی کلی گروه کنترل از ۳۷ به ۳۸ افزایش داشته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کو واریانس استفاده شده و نتایج آن در جداول شماره ۵ تا ۷ نشان داده شده است.

جدول شماره (۵): آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به اماس نوع شروع اولیه

منبع واریانس متغیر وابسته: اضطراب	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	P value	مجزور ایتا
گروه	۳۸/۳۰۶	۳۸/۳۰۶	۱	۸/۴۹۸	۰/۰۰۷	۰/۲۵۴
خطا	۱۱۲/۶۹۵	۴/۵۰۸	۲۵			
کل	۲۶۷۶/۰۰۰		۲۸			

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در سطح $p \leq 0.05$ و درجه آزادی ۱ و $F = 8/498$ فرض صفر تحقیق رد می‌شود و فرض خلاف تایید می‌گردد. این گفته به این معنا است که آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه تأثیر معنی‌داری داشته است و میزان

اضطراب گروه آزمایش را کاهش داده است. ($p \leq 0.05$). مقدار مجزور ایتا نیز نشان می‌دهد که آموزش شناختی - رفتاری (متغیر مستقل) بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به اماس نوع شروع اولیه (متغیر وابسته) ۲۵ درصد تأثیر داشته است.

جدول شماره (۶): آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه

منبع واریانس متغیر وابسته: سلامت عمومی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	P value	مجزور ایتا
گروه	۹۱۳/۷۷۷	۹۱۳/۷۷۷	۱	۲۷/۷۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
خطا	۸۲۴/۶۲۳	۳۲/۹۸۵	۲۵			
کل	۴۱۱۷۲/۰۰۰		۲۸			

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در سطح $p \leq 0.05$ و درجه آزادی ۱ و $F = 27/703$ فرض صفر تحقیق رد می‌شود و فرض خلاف تایید می‌گردد. این گفته به این معنا است که آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به اماس نوع شروع اولیه تأثیر معنی‌داری داشته است و میزان سلامت عمومی گروه آزمایش را افزایش داده است. ($p \leq 0.05$). مقدار مجزور ایتا نیز نشان می‌دهد که آموزش شناختی - رفتاری (متغیر مستقل) بر میزان سلامت عمومی بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه (متغیر وابسته) ۵۲ درصد تأثیر داشته است.

جدول شماره (۷): آزمون تحلیل کواریانس به منظور بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به اماس نوع شروع اولیه

منبع واریانس متغیر وابسته: افسردگی	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	P value	مجزور ایتا
گروه	۹۳/۸۹۶	۹۳/۸۹۶	۱	۲۱/۶۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
خطا	۱۰۸/۶۰۲	۴/۳۴۴	۲۵			
کل	۲۱۴۲/۰۰۰		۲۸			

رسیدند که (گروه تحت درمان با) (عبارت داخل پرانتز حذف شود معنای جمله بهتر می‌شود) روش درمان شناختی - رفتاری به طور مؤثرتری نسبت به درمان با آرام سازی عضلات علائم فرسودگی و استرس را در این بیماران کاهش می‌دهد (۴۳) و در تحقیقی دیگر کسل و کریستین با عنوان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر خستگی ۷۲ بیمار MS که هدف، بررسی تأثیر CBT در مقایسه با آموزش ریلکسیشن^۲ بر درمان خستگی بیماران ام‌اس بود، به این نتیجه رسیدند که گروه تحت درمان CBT کاهش معنی‌داری در شدت خستگی نسبت به گروه ریلکسیشن داشتند (۴۴). تسار و همکارانش در بررسی تأثیر روان درمانی گروهی بر بیماران MS که هدف از آن، ارزیابی برنامه روان درمانی شامل تکنیک‌های شناختی - رفتاری، آموزش تن آرامی و تمرین فیزیکی برای بیماران ام‌اس بود، به این نتیجه رسیدند که گروه تحت روان درمانی گروهی، بهبود طولانی مدتی را در افسردگی و اضطراب و بهبود کوتاه مدتی را در پویایی بدنی و حیاتی نشان دادند (۴۵). سینکلر و همکارانش هم تأثیرات برنامه شناختی - رفتاری را برای ۳۷ زن مبتلا به ام‌اس را بررسی نمودند. سلامت روان، کیفیت زندگی، خستگی در ۴ دوره زمانی اندازه‌گیری شد. نتایج بهبود قابل ملاحظه‌ای را در کنار آمدن ناسازگارانه و انطباقی (p ≤ ۰/۰۴) و سلامت روان (p ≤ ۰/۰۵) از پیش از مداخله نسبت به پس از مداخله نشان داد (۴۶).

ماریل و همکارانش تحقیقی با عنوان توسعه برنامه مداخله گروهی شناختی - رفتاری برای بیماران ام‌اس انجام دادند. در این پژوهش ۸ جلسه برنامه مداخله گروهی را برای آن دسته از بیمارانی که اخیراً بیماری آن‌ها تشخیص داده شده بود و به سختی با آن کنار می‌آمدند، ترتیب دادند. با این هدف که بر اعتقادات و افکار منفی در مورد بیماریشان غلبه کنند و کیفیت سلامتی و زندگی‌شان را بهبود بخشند. مطالعه آنان آشکار ساخت که برنامه مداخله‌ای گروهی کوتاه بر اساس تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای بیماران ام‌اس تأثیری مثبت بر کیفیت زندگی و سلامت آنان دارد (۴۷).

در تحقیقی که توسط دین دوست و علی اکبری، جهت مقایسه سلامت روان بیماران ام‌اس اقدام کننده به خودکشی با دیگر بیماران ام‌اس انجام گرفت، نشان داد وجود شکایات جسمانی، افکار وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل فردی، افسردگی، اضطراب و افکار پارانوئیدی در بیماران اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با دیگر بیماران رابطه متقابل وجود دارد (۴۸). تحقیق مختاری با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود در سطح $p \leq 0/05$ و درجه آزادی ۱ و $F = 21/615$ فرض صفر تحقیق رد می‌شود و فرض خلاف تایید می‌گردد. این گفته به این معناست که آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه تأثیر معنی‌داری داشته است و میزان افسردگی گروه آزمایش را کاهش داده است. (p ≤ ۰/۰۵). مقدار مجذور ای‌تا نیز نشان می‌دهد که آموزش شناختی - رفتاری (متغیر مستقل) بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به MS نوع شروع اولیه (متغیر وابسته) ۴۶ درصد تأثیر داشته است.

بحث

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری گروهی بر میزان اضطراب، افسردگی و سلامت عمومی کلی بیماران مبتلا به ام‌اس نوع شروع اولیه بود و نتایج مطالعه نشان داد آموزش گروهی شناختی - رفتاری بدون به‌کارگیری رویکردهای دیگر مانند خانواده درمانی و مشاوره بر میزان اضطراب، افسردگی و در نهایت بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به ام‌اس نوع شروع اولیه تأثیر معنی‌داری داشته است (جداول ۵، ۶و۷). پژوهش‌های انجام شده در رابطه با موضوع تحقیق توسط لاکومب و ویلسون تحت عنوان ارزیابی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی ۲۰ بیمار MS مبتلا به افسردگی نتایج نشان داد که استفاده از درمان شناختی - رفتاری برای افسردگی این بیماران سودمند است (۴۰). تحقیقات بوسمن و همکاران نیز در مطالعه‌ای تغییرات خستگی، خودکارآمدی، کیفیت زندگی سلامت محور را بعد از یک مداخله برنامه گروهی آموزشی برای بیماران دو نوع بیماری عصبی ماهیچه‌ای^۱ و مولتیپل اسکلروزیس بررسی کردند. بیماران این دو نوع بیماری در طول بیماری، خستگی زیادی متحمل می‌شوند و هدف این مداخله ایجاد تعادل در بیماران با توجه به ظرفیت خستگی‌شان و انجام فعالیت‌های روزانه بود. نتایج افزایش معنی‌داری را در کیفیت زندگی برای بعد جسمی، سلامت روانی و ادراک سلامت عمومی نشان داد (۴۱). در تحقیقی که توسط لینکولن و همکاران در خصوص ارزیابی گروه درمانی بر بیماران ام‌اس با حالت خلقی پایین انجام گرفت، نشان داده شد، بیمارانی که تحت گروه درمانی قرار گرفتند اضطراب و افسردگی آن‌ها کاهش و خودکارآمدی آن‌ها بهبود یافته و تأثیر MS بر زندگی این بیماران کاهش پیدا کرده است (۴۲). ون کسل و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میزان استرس، فرسودگی و خلق ۷۲ بیمار مبتلا به MS به این نتیجه

² Relaxation training

¹ NMD neuromuscular

نتیجه‌گیری

با توجه به موارد گفته شده به طور خلاصه می‌توان گفت آموزش شناخت درمان گری گروهی منجر به کاهش اضطراب، افسردگی و در نهایت افزایش سلامت عمومی کلی بیماران مبتلا به ام‌اس نوع شروع اولیه شده است. علت کسب این نتایج می‌تواند عوامل زیر باشد: کاربرد روش‌های شناختی و رفتاری چون تشخیص افکار منفی و همچنین ایجاد تغییر در اندیشه‌های منفی رفتارهای مربوط به آن‌ها شامل دادن اطلاعاتی در مورد اضطراب، افسردگی، توجه برگردانی و در نهایت چالش کلامی افکار خودآمیز می‌باشد. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد تا فرض کنند که ذهن مثل چمدانی است که آن را طی سفر زندگی باید حمل کنیم و باورهای ما اشیاء و وسایل درون چمدان هستند. باید هر باور را بررسی کرد و تصمیم گرفت آیا ارزش حفظ کردن دارد یا نه (۳۷). همچنین چون این آموزش گروهی انجام شده بود توانست محیطی امن و سالم برای دستیابی به رشد و تغییر شخصی و خودیابی برای اعضا فراهم آورد (۶۱) و اعضا در گروه متوجه شوند که مشکل آن‌ها منحصر به فرد نیست و افراد دیگر نیز مشکلات مشابهی دارند (۶۲). از محدودیت‌های پژوهش نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بود لذا جهت استفاده بهتر از نتایج در رابطه با موضوع تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود تا این مداخله در دوره‌های طولانی‌تر نیز اجرا شود و اثربخشی آن‌ها مجدداً بررسی و پیگیری شوند و جهت کاهش اضطراب و افسردگی بهتر است از مطالب متفاوت و متنوع‌تری در بسته‌های آموزشی برای رسیدن به اهداف درمانی استفاده شود و نتایج آن با نتایج این تحقیق مورد مقایسه قرار بگیرد. همچنین پژوهشی در خصوص مقایسه دو روش درمانی بر سلامت روان بیماران مبتلا به MS و دیگر بیماران صعب‌العلاج انجام گردد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگر بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه همکاران واقع در انجمن ام‌اس تهران و نیز کلیه بیماران مبتلا به ام‌اس که با وجود سختی‌های فراوان در این پژوهش شرکت نمودند را ابراز می‌دارد.

شیوه گروهی بر افسردگی بیماران ام‌اس، نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی، اضطراب و حساسیت روابط متقابل مبتلایان به ام‌اس مؤثر است (۴۹). و در تحقیق دیگری مختاری و همکاران اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی را بر افسردگی و شکایات جسمانی بیماران مبتلا به ام‌اس بررسی نمودند و نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش معنی‌داری در میزان شدت مقوله‌های افسردگی در پس آزمون می‌شود ولی در کاهش شکایات جسمانی اثربخشی معنی‌داری ندارد (۵۰). علی محمدی و همکاران پژوهشی با هدف، تعیین تأثیر آموزش گروهی به شیوه شناختی- رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به ام‌اس انجام دادند. نتایج نشان داد که آموزش گروهی شناختی- رفتاری موجب کاهش معنی‌دار در میزان استرس گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است (۵۱). به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به ام‌اس پژوهشی توسط قدرتی صورت گرفته است که نتایج تأثیر معنی‌داری را بر کاهش افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و افزایش سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی نشان داده است (۵۲). نجفی دولت آباد و همکاران، تأثیر یوگا بر سلامت عمومی و احساس به زندگی را در ۶۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بررسی کردند و نتایج نشان داد بین وضعیت سلامت عمومی و احساس بیماران درباره زندگی، قبل و بعد از یوگا درمانی اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (۵۳). بهرامخانی و همکاران، اثربخشی درمانگری چند وجهی لازاروس را بر ارتقاء سلامت عمومی در بیماران MS بررسی کردند و نتایج نشان داد که درمان چند وجهی لازاروس اثر معنی‌داری بر سلامت عمومی دارد. و به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی شده است (۵۴). تحقیقی هم با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است که نتایج نشان داد در افسردگی، اضطراب، استرس و بازنمایی عاطفی از بیماری بهبود حاصل شده است (۵۵). در زمینه تأثیر مشاوره گروهی در افزایش سلامت روان همچنین می‌توان به پژوهش‌های جکسون و همکاران (۵۶) اسوارتز (۵۷)، توسلن و همکاران، اسوارتز (۵۸) و جهانبخشیان و زندی‌پور (۵۹)، حسینی (۶۰) اشاره کرد.

References:

1. Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. West J Med 2000;172(2):124-8.

2. LeMaistre J. Coping With Chronic Illness. New York: Oxford University Press; 2007.

3. Scandlyn J. When Aids Became a Chronic Disease. West J Med 2000; 172: 130-3.

4. White CA. Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. Chichester; New York: John Wiley; 2001.
5. National MS Society. What causes MS?: National MS Society [Internet]. [cited 2013 Nov 11]. Available from: <http://www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/what-we-know-about-ms/what-causes-ms/index.aspx>
6. Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. New York: Demos Medical Pub; 2007.
7. Ebers GC. Multiple Sclerosis and other demyelinating diseases. In Asbury AK, McKhann Gm, McDonald WI. Diseases of the Nervous System. Clinical Neurobiology. Philadelphia: W.B Saunder; 1986.P. 1268-81.
8. National MS Society. The information sourcebook [Internet]. 2005 [cited 2013 Nov 11]. Available from: <http://www.nationalmssociety.org/search-results/index.aspx?q=Theinformation+sourcebook&x=0&y=0&start=0&num=20>
9. Harrison MO. International review of psychiatry, psychiatric Services 2008; Sq (1),1-7.
10. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. Clin Psychol Rev 2009;29(2):141-53.
11. Murray JT. Multiple sclerosis the history of disease. New York: Demos medical publishing; 2005.
12. Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. Int J of care 2000; 2(2): 3-7.
13. Zohmand M. The study of relationship between supportive services and quality of life among Multiple Sclerosis patients in Tehran city, Welfare sciences and rehabilitation University. (Dissertation). Tehran: Tehran University; 2007. (Persian)
14. Mandysova P. Knowing the course of Multiple sclerosis. J Neurosci Nurs 1998; 28(10): HN12-HN16.
15. Morgante, Linda. 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; 2004.
16. Minden SL, Orav J, Reich P. Depression in multiple sclerosis. Gen Hosp Psychiatry 1987;9(6):426-34.
17. Hickey A, Greene SM. Coping with multiple sclerosis. Ir J Psychol Med 1989; 6:118-24.
18. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. Mult Scler 1997;3(3):191-6.
19. Schubert D, Foliart RH. Increased depression in multiple sclerosis: A Meta-analysis. Psychosomatics 1993; 34(2), 124-30.
20. Feinstein A. An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. Neurology 2002; 59(5): 674-8.
21. Maurelli M, Marchioni E, Cerretano R, Bosone D, Bergamaschi R, Citterio A, et al. Neuropsychological assessment in MS: clinical, neurophysiological and neuroradiological relationships. Acta Neurol Scand. 1992 Aug;86(2):124-8.
22. Shamili F. Effect of illness perception on quality of life in multiple sclerosis patients: an appraisal of self-regulation model. Payame Noor University. (Dissertation) Tehran: Payame Noor University; 2011. (Persian)
23. Stenager E, Knudsen L, Jensen K. Multiple sclerosis: correlation of anxiety, physical

- impairment and cognitive dysfunction. *Ital J Neurol Sci* 1994; 15(2): 97-101.
24. Stenager EN, Stenager E. Suicide and patients with neurologic diseases. Methodologic problems. *Arch Neurol* 1992 ;49(12):1296-303.
 25. Stenager EN, Stenager E, Koch-Henriksen N, Brønnum-Hansen H, Hyllested K, Jensen K, et al. Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1992;55(7):542-5.
 26. Francies F, Fand IB. Manual Health in patient with multiple sclerosis. *J Clinical Expanding Neurology* 2004; 22(5): 425-30.
 27. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD004431.
 28. Mohlman J, Gorman JM. The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behav Res Ther* 2005;43(4):447-65.
 29. Navabinejad SH. Theories of consuling and psychotherapy in group. Tehran: Samt; 2002. (Persian)
 30. Knoop H, van Kessel K, Moss-Morris R. Which cognitions and behaviours mediate the positive effect of cognitive behavioural therapy on fatigue in patients with multiple sclerosis? *Psychol Med* 2012;42(1):205-13.
 31. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2003;107(6):394-9.
 32. Henderson AS. An Introduction to social Psychiatry, Oxford: Oxford University Press. J behavior therapy and experimental psychiatry 1990; 29(4): 267-78.
 33. Hosseini N. Questionnaires ofresearching in the field of psychology,consuling, educational sciences and sociology. 1st ed. Tehran: Sokhan; 2008. (Persian).
 34. Goldberg DP, Willia P. The User's Guide to the General Health Questionnaire. NFER-Nelson: Windsor; 1988.
 35. Fathi Ashtiani A, Dastani M. psychological Test, personality and mental health. Tehran: Besat; 2009.(Persian)
 36. Free ML. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. Chichester, West Sussex, England; Hoboken, NJ: Wiley; 2007.
 37. Free ML. Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice. 1st ed. John Wiley & Sons; 1999.
 38. Robert L. Leahy. Cognitive Therapy Techniques Translated by: Hamidpour H, Andoz Z. Tetran: Arjmand; 2010. (Persian)
 39. Keith H. Cognitive Behaviour therapy. Translated by habiballah ghasemzadeh. Tetran: Arjmand; 2010. (Persian)
 40. Larcombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry* 1984;145:366-71.
 41. Boosman H, Visser-Meily JMA, Meijer J-WG, Elsinga A, Post MWM. Evaluation of change in fatigue, self-efficacy and health-related quality of life, after a group educational intervention programme for persons with neuromuscular diseases or multiple sclerosis: a pilot study. *Disabil Rehabil* 2011;33(8):690-6.
 42. Lincoln NB, Yuill F, Holmes J, Drummond AER, Constantinescu CS, Armstrong S, et al. Evaluation of an adjustment group for people with multiple sclerosis and low mood: a randomized controlled trial. *Mult Scler* 2011;17(10):1250-7.
 43. Van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosom Med* 2008;70(2):205-13.

44. Kessel V, Kristen. The Development and Efficacy of Cognitive Behavior Therapy for Multiple Sclerosis Fatigue: A randomized Controlled Trial. (Dissertation). New Zealand: University of Auckland; 2007.
45. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2003;107(6):394-9.
46. Sinclair VG, Scroggie J. Effects of a cognitive-behavioral program for women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005;37(5):249-57, 276.
47. Visschedijk MA, Collette EH, Polman CH, Pfenning LE, van der Ploeg HM. Development of A Cognitive Behavioral Group Intervention Programme for Patients With Multiple Sclerosis: *Psychol Rep* 2004; 95: 735-46.
48. Dindoost L, Aliakbari S. The study of mental health among Multiple Sclerosis Patients committing suicide with other Multiple Sclerosis Patients. Payame Noor University. (Dissertation). Tehran: Payame Noor University; 2005. (Persian)
49. Mokhtari S, Neshatdoost HT, Molavi H. The study the effectiveness of cognitive - behavioral therapy in group on depressin and somatic complaint among Multiple Sclerosispatients. *Psychology Magazine. Educational sciencesand Psychology college. Esfahan University* 2008; 47: 242-51.(Persian)
50. Mokhtari S. The study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on depressin among Multiple Sclerosispatients. *Educational sciencesand Psychology college. (Dissertation). Esfahan: Esfahan University; 2005. (Persian)*
51. Alimohammadi N, Aghaie A, Golparvar M, Etemadifar M. The study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on stress among Multiple Sclerosispatients. *Azad University of Khorasgan* 2007; 32: 1-16. (Persian)
52. Ghodrati S, Tbrizi M, Esmaeili M. The study the effectiveness of group therapy in based of Franclie approach on general healthamong Multiple Sclerosispatients. *J News and consuling Res* 2010; 9(34): 7-24. (Persian)
53. Nagafi dolatabad, Norian KH, Malekzadeh M, Ghaem H, Rozitalab M, Afrasiabifar A, Moghimi M, Mohebi Z, Mohammadi H. The study the effectiveness of Yoga on general healthamong Multiple Sclerosispatients. *J Armaghane danesh* 2011; 16(3): 63. (Persian)
54. Bahramkhani, Janbozorgi M, Alipour A. The study the effectiveness of group therapy based on Lazarus multimodal approach on general healthamong Multiple Sclerosispatients. *J Clinical Psychology* 2012; 4(1): 7-24 (Persian)
55. Hajir F, Ahadi H, Pourshahbaz A, Rezaei M. The study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on change of perceptual representations from disease and gradation in affection statesamong Multiple Sclerosispatients. *J Med Kermanshah Univ* 2011; 15(6). (Persian)
56. Jackson CA, Alice P. Mental Health in MS. *J Clinical Expanding Neuropsychology* 2004; 23(5): 598-620.
57. Schwartz, Carolyn E. Teaching Coping skills Enhances Quality of Life More Than peer Support, Result of Randomized Trial With Multiple Sclerosis Patients. *Health psychology* 2002; 18(3): 211-20.
58. Hogan BE, Linden W, Najarian B. Social support interventions: do they work? *Clin Psychol Rev* 2002;22(3):383-442.
59. Janabakhshian N, Zandipour T. A study on the effectiveness of group counseling based on Lazarus multimodal approach with relapsing / remitting MS patients on the improvement of mental health & social support ofpatients.

- Psychological Studies, Faculty of Education and psychology. al-Zahra University 2011; 7(2): 65-84.
60. Hosseini S. The study the effectiveness of Cognitivetherapy in group on reductional Depression and increscent mental healthamong Multiple Sclerosispatients supported by Iranians society. (Dissertation). Tehran: Alzahra University; 2005. (Persian)
61. Kristiani J. counseling (Theories and application), Translated by Fallahi R, Hagilo H. Tehran: Roshd; 2004. (Persian)
62. Ekrami M. The study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group on social phobiaamong girls students first grade in state high schools in Tehran. Dissertation). Tehran: Alzahra University; 2005. (Persian)

THE STUDY OF EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN GROUP ON MENTAL HEALTH AMONG PRIMARY MS PATIENTS

Yalda Famil Sharifian¹, Mehdi Khalili², Samira Hasanzadeh Pashang^{3*}, Hamid Kamarzarin⁴, Mohammad Ehsan Taghizadeh⁵

Received: 6 Jul , 2013; Accepted: 13 Sep , 2013

Abstract

Background & Aims: Multiple sclerosis disease is one of the most common chronic diseases in central nervous system (CNS). The nature of chronic disease, not having a good prognosis and definite cure are causes of having highest prevalence in various mental disorders like depression and anxiety. The purpose of this part of the study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on mental health of primary MS patients.

Materials & Methods: This study was conducted on 28 patients who had the lowest level of general health selected by accessible sampling and were divided into two different groups of experimental and control groups. The experimental group attended 10 sessions of cognitive-behavioral group therapy based on Michael Free approach that lasted nearly 75-90 minutes and was held once a week (one session per week) and the control group received no intervention. The measuring instrument was General Health Questionnaire (GHQ-28) which was performed in two stages (pretest and posttest) and the data were analyzed using Covariate (Ancova) Test.

Results: Accordingly covariance analysis emphasized that cognitive-behavioral group therapy enhanced the mental health in posttest of the experimental group ($p < 0/01$).

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy improves the mental health in primary patients. Hence this method can be used in hospitals and nursing homes as a complementary treatment.

Keywords: Cognitive-behavioral group therapy, Mental health, Primary MS patients

Address: Tehran, Ayatollah Kashani, Peyambar gharbi St. St. Jhadakbr, First Street (Shahid Hamid Ansari), No. 10, First Floor, **Tel:** +989196420315

Email: Hasanzadeh60@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(9): 664 ISSN: 1027-3727

¹ MA of General Psychology, Payame Noor University

² MA of Clinical Psychology

³ MA of General Psychology, Payame Noor University (Corresponding Author)

⁴ Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University of Alborz

⁵ Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University of Tehran