

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر سلامت روان بیماران دچار ام. اس

صفورا غفوری آثار^۱، احمد بیات^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۲۰ تاریخ چاپ: ۹۹/۲/۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماران دچار بیماری‌های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی، از نظر سلامت روان شناختی نیز دچار مشکل می‌شوند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر سلامت روان بیماران دچار ام. اس بود. **شیوه مطالعه:** جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان بود. در یک طرح نیمه آزمایشی، ۳۰ نفر شرکت‌کننده به صورت در دسترس از بیماران انتخاب؛ و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی- شناختی طی ۶ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. هر دو گروه در سه مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و ۱ ماه پس از جلسات درمانی با استفاده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ و نتایج با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و به کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه پس از اجرای مداخله تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0.001$). پس از انجام مداخله، نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش کاهش معناداری داشت؛ که این تأثیر در دوره‌ی پیگیری نیز قابل مشاهده بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت که در حوزه‌ی درمان و کار با افراد دچار بیماری‌های مزمن و پیش‌رونده، گروه‌درمانی شناختی کارآمد و مفید به نظر می‌رسد؛ بنابراین علاوه بر مداخلات پزشکی که برای بیماران مبتلا به ام. اس انجام می‌شود، نیاز به مداخلات روان شناختی وجود دارد.

کلمات کلیدی: گروه‌درمانی شناختی، مایکل فری، سلامت روان، مولتیپل اسکلروزیس

ارجاع: صفورا غفوری آثار، احمد بیات. اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر سلامت روان بیماران دچار ام. اس. مجله مطالعات بالینی دانشکده پزشکی افضلی پور ۱۳۹۹؛ ۲(۱-۲): ۳۳-۴۴.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی همدان، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

نویسنده مسئول: احمد بیات

آدرس: همدان، دانشگاه بوعلی سینا، گروه روان‌شناسی

مقدمه

سلامت؛ حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۱). تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی هر کشوری می‌باشد که بایستی از نظر جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی مورد توجه قرار گیرد (۲). مطابق با پژوهش‌های اخیر، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ خواهد بود؛ که دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص خواهند داد (۳)؛ و به طور عمده و سریع در حال رشد می‌باشند؛ به طوری که در ۱۱ تا ۳۰ درصد از جمعیت عمومی روی می‌دهد (۴). طبق پژوهش اصغری مقدم (۵) در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه‌ی درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد؛ و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است؛ که نسبت به سایر کشورها درصد بالایی می‌باشد. لذا ضرورت انجام پژوهش در زمینه‌ی بیماری‌های مزمن پزشکی در ارتباط با ویژگی‌های آسیب‌شناختی روانی احساس می‌شود.

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام. اس.) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و اغلب پیش‌رونده سیستم عصبی مرکزی می‌باشد (۶،۷). این بیماری، یک بیماری التهابی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بینند. این آسیب‌دیدگی در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند، می‌تواند اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌ها (۸) و مشکلات جسمی و تغییر زیبایی (۹) شود. این بیماری ناتوان‌کننده بین سنین ۲ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد (۱۰، ۱۱) و سومین علت ناتوانی در میان بزرگسالان محسوب می‌شود (۷). به طور معمول این بیماری، بر اساس ارائه‌ی نشانه‌ها و علائم، همراه با تصویربرداری پزشکی و آزمایش‌های آزمایشگاهی لازم، تشخیص داده می‌شود (۱۲). تأیید چنین تشخیصی به ویژه در مراحل اولیه‌ی آن دشوار است؛ زیرا ممکن است علائم و نشانه‌ها مشابه با سایر مشکلات پزشکی باشند (۱۳، ۱۴). معیار McDonald و همکاران (۱۵) که بر شواهد بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیکی ضایعات در زمان‌ها و مناطق مختلف تأکید دارند، رایج‌ترین شیوه‌ی تشخیص به شمار می‌رود. درحالی‌که معیارهای فوق امکان تشخیص غیرتهاجمی را فراهم می‌کنند، برخی از افراد بیان می‌کنند که تنها مدرک

موثق، کالبدشکافی یا نمونه‌برداری از مناطقی است که در آنجا ضایعات ام. اس. یافت شده است (۱۶). طبق نتایج سازمان بهداشت و خدمات مردمی آمریکا، در سال ۱۹۹۲ شیوع این بیماری در آمریکا ۰/۷ در هر ۱۰۰ هزار نفر و طبق انجمن ام. اس. ایران در سال ۲۰۰۵ میزان شیوع بیماری ۰/۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر بود (۱۱). این بیماری مانند سایر بیماری‌های مزمن به علت نامعلوم بودن آینده (حتی یک روز) موجب پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران شده و با اختلالات روانی همراه است. امروزه کیفیت زندگی جمعیت‌ها به عنوان چارچوبی برای ارائه‌ی خدمات متناسب با جنبه‌های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد؛ اهمیت سنجش آن به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۱۶) که بُعد روان‌شناختی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجانی است؛ که مسائلی چون افسردگی، ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب در آن مطرح می‌شود (۱۷)؛ و از جمله اختلالاتی که با بیماری ام. اس؛ و سایر بیماری‌های مزمن و دردهای دیگر در ارتباط است، سلامت روان آن‌ها می‌باشد؛ که به علت تکرر درد امید به آینده کاهش می‌یابد و افسردگی، اضطراب و استرس با شدت و نوع بیماری و درد در بیماران بالا می‌رود. علاوه بر این، استرس نیز ممکن است باعث بروز حمله در بیماران شود (۱۸).

به طور کلی هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه‌ی تحمل معینی در مقابل استرس است. وقتی فشار از حد توان شخص بگذرد، به ناچار اختلال‌های روانی و هیجانی را نشان خواهد داد (۱۹). یکی از استرس‌هایی که فشار روانی زیاد ایجاد می‌کند، استرس ناشی از داشتن بیماری مزمن است که اثرات بلندمدتی بر زندگی بیمار داشته و بنیادهای اساسی فرد و خانواده فرد را نیز در معرض خطر جدی قرار می‌دهد (۲۰). در واقع این بیماران، هم با استرس‌های زندگی روزانه و هم با استرس‌هایی که ناشی از بیماری و علائم بیماری، غیرقابل پیش‌بینی بودن و نوسان دار بودن بیماری مقابله می‌کنند (۱۱)؛ که این به نوبه‌ی خود در بهبود و عدم بهبود بیماری آنان نقش دارد. اضطراب مؤلفه دیگری است که به دنبال استرس‌های زیاد بروز می‌کند (۲۱)؛ وجود فرد بیمار علاوه بر ایجاد اضطراب و استرس جسمانی و روان‌شناختی بر خود بیمار، باعث

نفوذترین نظریه‌ها را در مورد افسردگی ارائه کرده است (۲۰). هدف از تکنیک‌های شناختی؛ پذیرش، شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین تفکر و تسهیل شناسایی علل افسردگی، اضطراب و روش‌هایی برای حفظ این تکنیک‌ها است. درمان شناختی، با ایجاد تغییر و دگرگونی در نظام شناختی فرد، موجب می‌شود که واکنش‌های او به‌وسیله‌ی کیفیت شناختی وی تغییر یافته و شخص بتواند به طور صحیح واقعیت‌ها را درک و تفسیر کند، اصل بنیادی درمان شناختی این است که رفتار و احساس فرد تا اندازه‌ی زیادی به چگونگی تفسیر او از جهان بستگی دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که شناخت درمانی، یکی از مداخلات مؤثر اختلالات خلقی (اضطراب و افسردگی)، به خصوص در مورد بزرگسالان است (۲۷).

نتایج پژوهشی نشان داد، گروه‌درمانی شناختی در درمان افسردگی بدون در نظر گرفتن دوره‌ی پیگیری و به روش مایکل فری در کاهش اختلالات خلقی زنان متأهل مؤثر است (۲۸). پژوهشی دیگر با مقایسه‌ی درمان‌های مختلف برای اختلال افسردگی مزمن نشان داد، شناخت درمانی تأثیر بیشتری در درمان افسردگی و اختلالات خلقی افراد دارد (۲۹). طبق نظریه‌ی مایکل فری، شناخت درمانی باورهای هیجانی را کمتر از باورهای عقلانی تغییر می‌دهد (۳۰). اثربخشی شناخت درمانی به شیوه‌ی مایکل فری در درد و رنج هیجانی ناشی از اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس و نیز اختلالات غیر بالینی و بالینی بیماران مبتلا به دردهای مزمن مورد بررسی قرار گرفته است؛ لذا با توجه به اثربخشی این درمان در مورد اختلالات خلقی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. در این راستا چنین سؤالی مطرح می‌شود که آیا گروه‌درمانی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس اثربخش می‌باشد یا خیر؟

شیوه مطالعه

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهرستان همدان در سال ۹۲ بود؛ که به مراکز و کلینیک‌های درمان ام. اس.

می‌شود که خانواده او نیز استرس و اضطراب زیادی را متحمل شوند (۲۰).

علاوه بر استرس و اضطراب، افسردگی نیز از شایع‌ترین اختلالات روانی در میان بیماران با دردهای مزمن است. پژوهش‌ها نشان داده است که بین وقوع استرس‌های منفی و شروع افسردگی رابطه‌ی مثبتی وجود دارد؛ و حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد افرادی که استرس‌های شدیدی را تجربه می‌کنند، دچار افسردگی می‌شوند (۲۲). به عبارت دیگر، افسردگی غالباً از وضعیتی شروع می‌شود که در آن تغییرات بسیار بزرگی در زندگی انسان اتفاق می‌افتد؛ و شخص ناگزیر می‌گردد که از افرادی مهم یا از مسائلی مهم و مربوط به زندگی خودش از قبیل محل کار و کاشانه صرف‌نظر کند (۲۳)؛ که این مسئله در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و پیش‌رونده مانند ام. اس. وجود دارد. گستردگی مسئله‌ی افسردگی باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه شود. با این وجود، اگرچه پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، اما این اثربخشی نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را درمان قطعی برای افسردگی دانست (۲۴-۲۶)؛ زیرا از یک سو دارودرمانی عوارض جانبی گوناگونی را به دنبال دارد (شامل خشکی دهان و ناهنجاری‌های بدنی گوناگون)؛ و از سوی دیگر به رغم این واقعیت که روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان افسردگی اثربخش بوده‌اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه‌های بیماری مواجه هستیم (۲۵). در واقع با این که در درمان، هدف باید بهبودی کامل باشد، بسیاری از بیماران در دستیابی یا حفظ وضعیت بدون نشانه شکست می‌خورند؛ و وجود نشانه‌های باقیمانده در این اختلال، حتی در بیمارانی که بهبودی کامل نشان می‌دهند، رایج است. این نشانه‌های باقیمانده، پیش‌بینی کننده‌ی قوی برای عود بیماری هستند. میزان عود در بیمارانی که دارای نشانه‌های باقیمانده هستند، سه تا شش برابر بیشتر از بیمارانی است که فاقد این نشانه‌ها هستند (۲۶). این نتایج به ناکافی بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های مؤثرتر برای این اختلال اشاره دارند. بنابراین نیاز به انجام پژوهشی در زمینه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در بیماران دچار ام. اس. احساس گردید.

تاکنون، شیوه‌های مختلفی برای درمان افسردگی و اضطراب ارائه شده است؛ که دیدگاه شناختی- رفتاری یکی از با

دسته از الگوهای رفتاری، افکار و احساسات مراجعین است که به نوعی با تشخیص اختلال آن‌ها ارتباط دارند.

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند که مجموعه‌ای از ۳ مقیاس خود گزارشی برای ارزیابی حالات عاطفه‌ی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (۳۲-۳۳) Antony و همکاران (۳۴) مقیاس مذکور را تحلیل عاملی کردند و نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. ضریب آلفا برای عوامل افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه‌ی همبستگی میان عامل‌های پژوهش Antony و همکاران (۳۴) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و استرس، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس، ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران (۳۵) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب معادل ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است. هر یک از خرده‌آزمون‌های این مقیاس شامل ۷ گویه بود؛ که نمره‌ی نهایی هر کدام از راه مجموع نمرات گویه‌های مربوط به آن به دست آمد.

برنامه‌ی مداخله‌ای

محتوا، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه توسط یک روان‌شناس باتجربه طراحی و اجرا گردید و گروه آزمایش در ۶ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند. پس از گزینش، آزمودنی‌ها به آزمون افسردگی بک (به عنوان پیش‌آزمون) پاسخ دادند و گروه آزمایش تحت درمان شناختی قرار گرفت؛ این درمان بر اساس کتاب راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی مایکل فری (۳۰) برای ۶ جلسه برنامه‌ریزی شده است. به این صورت که هر هفته بیماران به صورت گروهی با درمانگر ملاقات نموده و در ابتدا در مورد مسائل و مشکلات پیش آمده و افکار و هیجانات خود صحبت می‌کردند. در ادامه‌ی آن نیز آموزش‌ها و مداخلات لازم توسط درمانگر ارائه می‌شد (جدول ۱).

(متخصصان نورولوژیست) مراجعه کرده بودند. به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از بیماران انتخاب شدند؛ و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به خاطر عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری از سوی بیماران، نمونه به ۲۴ نفر تقلیل یافت و در نهایت این ۲۴ نفر در دو گروه آموزش گروه‌درمانی شناختی و گروه کنترل قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه انجام شد. داده‌های به دست آمده به روش تحلیل واریانس آمیخته و به کمک نسخه‌ی ۲۱ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. ملاک‌های ورود این پژوهش عبارت بودند از: ۱- داشتن ملاک‌های تشخیصی ام. اس. (تشخیص توسط پزشک)؛ ۲- حداقل تحصیلات راهنمایی (سیکل)؛ ۳- دامنه‌ی سنی ۲۶ تا ۴۸ سال؛ و ۴- عدم دریافت درمان روان‌شناختی هم‌زمان. پس از جلب رضایت کتبی شرکت‌کنندگان، آن‌ها مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند را تکمیل کردند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱- بیمارانی که در هنگام انتخاب تحت روان‌درمانی برای اختلالات روان‌شناختی بودند؛ ۲- غیبت بیش از ۲ بار متوالی؛ ۳- غیبت ۳ بار غیر متوالی؛ و ۴- بیماران با دردهای مزمن.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از: ۱- اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای همه‌ی آزمودنی‌ها؛ ۲- ارائه‌ی اطلاعات لازم در زمینه‌ی نحوه‌ی اجرای طرح پژوهشی؛ ۳- محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها؛ و ۴- کم‌ترین احتمال خطر برای شرکت‌کنندگان؛ و ۵- با توجه به اثربخشی درمان، در انتهای پژوهش به گروه گواه نیز آموزش داده شد. کد اخلاق دریافت شده از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه بوعلی سینا ۵۸۷۴۸۵ و کد کارآزمایی بالینی IRCT20181003041222N2 می‌باشد. این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شد و هیچ‌گونه تعارض منافی در آن برای نویسندگان وجود ندارد.

ابزارهای پژوهش

۱- مصاحبه‌ی بالینی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: مصاحبه‌ی تشخیصی ساختاریافته از مجموعه‌ی معیارهای تشخیصی اختلال نامنظمی خلقی اخلاک‌گرانه (۳۱) تشکیل شده است؛ که هدفش ارزیابی آن

جدول ۱. جلسات درمانی انجام شده در پروتکل درمانی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری

جلسه ۱	در طول جلسه اول قوانین گروه توضیح داده شد و تعامل فرآیندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری، مؤلفه‌های شناختی واکنش‌های هیجانی، شناسایی افکار سطحی اولیه بین واقعه و واکنش هیجانی آموزش داده شد. علاوه بر این، مهم‌ترین هدف این جلسه آشنایی و نوشتن جدول سه ستونی رویداد فعال‌ساز (A)، باورها یا افکار (B)، پیامد و واکنش هیجانی (C) در این جلسه توضیح داده شد. پیش‌آزمون
جلسه ۲	آموزش نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم و رفتارهای مخاطره‌آمیز، آموزش باورها و افکار کارآمد و ناکارآمد، شناخت باورهای ناکارآمد، ارزیابی باورهای ناکارآمد، آشنایی با تحریفات شناختی در تفکر و رفتار و عملکرد و آشنایی با مقاومت‌ها و دفاع‌ها. ارائه‌ی تکلیف.
جلسه ۳	آشنایی با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرح‌واره‌ها باورهای اصلی، طرح‌واره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد و ارتباط بین طرح‌واره‌ها و افکار خود آیند و همچنین شناسایی طرح‌واره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی. ارائه‌ی تکلیف برای شناسایی طرح‌واره‌ها.
جلسه ۴	کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرح‌واره‌های منفی خود با آن مواجه می‌شوند؛ و توانا ساختن شرکت‌کنندگان در شناسایی ده نوع طرح‌واره‌ی منفی متداول و قرار دادن باورهای خود در این ده طبقه آموزش داده شد. ارزیابی توانایی شرکت‌کنندگان در مورد شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد. ارائه‌ی تمرین منزل
جلسه ۵	دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر، تنظیم فهرست باورهای مثبت و منفی، رسم نقشه‌های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه‌بندی آن‌ها، پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهای خود را بازنگری کنند، به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. ارائه‌ی تمرین منزل.
جلسه ۶	درک سودمندی باورها و ارزیابی بر اساس معیارها و یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود، دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف و دو حوزه‌ی محتوایی تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری آموزش داده شد. همچنین یادگیری روش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی؛ و بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای نگهداری اهداف درمان و اخذ بازخورد از آن‌ها درباره‌ی برنامه‌ی درمانی آموزش داده شد. ارزیابی نهایی و اختتام.

یافته‌ها

کنترل تفاوت معناداری وجود داشت که این اثربخشی در دوره‌ی پیگیری نیز باقی ماند.

این پژوهش در بین ۲۴ نفر و در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید که در هر یک از گروه‌ها ۱۲ نفر قرار گرفت. دامنه‌ی سنی افراد شرکت‌کننده در آزمایش بین ۲۶ الی ۴۸ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۷۵ و گروه کنترل ۳۵/۰۵ سال بدست آمد؛ و حداقل تحصیلات آزمودنی‌ها سیکل بود. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد بررسی در جدول ۲ آورده شد.

با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان گفت، تعداد آزمودنی‌های مجرد (مطلقه، متارکه) در گروه آزمایش بیشتر از آزمودنی‌های متأهل بود. در متغیر تحصیلات افراد، مقطع دیپلم در هر دو گروه بیشتر از مقاطع تحصیلی بالاتر بود. در متغیر وضعیت شغلی افراد، تعداد بیماران خانه‌دار بیشتر از متغیر وضعیت شغلی افراد، مقطع دیپلم در هر دو گروه بیشتر از مقاطع تحصیلی بالاتر بود. در متغیر وضعیت شغلی افراد، تعداد بیماران شاغل بیشتر از بیماران شاغل بود.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۳ آورده شد. طبق مندرجات این جدول، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل
	میانگین (درصد)	میانگین (درصد)	
وضعیت تأهل	مجرد (مطلقه، متارکه)	۷ (۵۸/۳۳)	۶ (۵۰)
	متأهل	۵ (۴۱/۶۷)	۶ (۵۰)
تحصیلات	سیکل	۲ (۱۶/۶۷)	۳ (۲۵)
	دیپلم	۶ (۵۰)	۵ (۴۱/۶۷)
وضعیت شغلی	سواد دانشگاهی	۴ (۳۳/۳۳)	۴ (۳۳/۳۳)
	خانه‌دار	۷ (۵۸/۳۳)	۹ (۷۵)
سن	شاغل	۵ (۴۱/۶۷)	۳ (۲۵)
	میانگین	۳۴/۷۵	۳۵/۰۵
انحراف معیار	۳/۳۷	۳/۴۵	

نمرات افسردگی هر دو گروه بیانگر این بود که افسردگی بیماران مبتلا به بیماری ام. اس. در حد شدید بوده است؛ که در مراجعین گروه‌درمانی شناختی بعد از آموزش، ۷ نمره کاهش یافته که این اثربخشی تا حد کمی در دوره‌ی

از افسردگی بود که پس از درمان کاهش معناداری داشت؛ و این کاهش در دوره‌ی پیگیری نیز حفظ شد ($P > 0/01$) و تغییر معناداری در نمرات گروه کنترل مشاهده نشد. نمرات استرس پس‌آزمون در گروه آزمایش تغییر ۴ نمره‌ای داشت که در دوره‌ی پیگیری نیز حفظ شد ($P > 0/01$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون واریانس (نرمال بودن)، تفاوت بین دو گروه در متغیرهای سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ولیکس نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال بود.

پیگیری باقی ماند و با عود دردهای جسمانی بیماری ۲ نمره افزایش داشت. ضمناً این بیماران برای ارزیابی تکمیلی و درمان دارویی به روان‌پزشک نیز ارجاع داده شدند. با توجه به این که در نمره‌ی افسردگی گروه بیماران کنترل نیز در دوره‌ی پیگیری بالاتر رفته بود ($P > 0/01$) می‌توان گفت، شدت درگیر شدن با بیماری باعث درگیر شدن متغیرهای رفتاری و شناختی افسردگی با بیماری ام. اس. شد؛ که این موجب کاهش سلامت روان و افزایش افسردگی در بیماران گشت. نمرات اضطراب در گروه آزمایش بالاتر

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی سلامت روان در گروه‌های مورد بررسی

شاخص‌ها	مرحله مورد بررسی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۷/۳۸	۳/۳۷	۲۸/۶۵	۳/۳۶
	پس‌آزمون	۲۰/۱۱	۲/۶۵	۲۷/۲۴	۳/۱۳
	پیگیری	۲۲/۲۷	۳/۴۶	۲۷/۲۶	۳/۱۷
اضطراب	پیش‌آزمون	۳۱/۶۳	۳/۷۶	۲۹/۶۴	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۲۴/۷۱	۳/۶۶	۳۰/۶۶	۳/۹۴
	پیگیری	۲۴/۳۸	۳/۱۲	۳۰/۰۷	۳/۱۲
استرس	پیش‌آزمون	۳۰/۹۴	۳/۳۴	۲۸/۲۹	۲/۲۸
	پس‌آزمون	۲۶/۲۶	۳/۱۹	۲۸،۵۴۵	۲/۴۳
	پیگیری	۲۵/۳۶	۲/۶۰	۲۹،۶۳۷	۳/۳۶۴

جدول ۴. آزمون مفروضه‌ی نرمال بون توزیع داده‌ها برحسب گروه

متغیرها	مراحل مورد بررسی	گروه آزمایش			گروه کنترل	
		شاپیرو-ولیکس	درجه آزادی	معناداری	شاپیرو-ولیکس	درجه آزادی
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۰	۲۴	۰/۱۳	۰/۸۶	۲۴
	پس‌آزمون	۰/۹۵	۲۴	۰/۳۴	۰/۸۸	۲۴
	پیگیری	۰/۹۵	۲۴	۰/۲۹	۰/۹۱	۲۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۹۲	۲۴	۰/۰۹	۰/۸۳	۲۴
	پس‌آزمون	۰/۹۶	۲۴	۰/۰۵	۰/۸۸	۲۴
	پیگیری	۰/۹۴	۲۴	۰/۲۸	۰/۸۹	۲۴
استرس	پیش‌آزمون	۰/۹۳	۲۴	۰/۱۳	۰/۹۰	۲۴
	پس‌آزمون	۰/۹۵	۲۴	۰/۴۱	۰/۹۱	۲۴
	پیگیری	۰/۹۴	۲۴	۰/۴۱	۰/۹۲	۲۴

جدول ۵. آزمون لئون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پیش‌آزمون	۸/۳۴	۱	۴۶	۰/۰۸
افسردگی	۱۴/۹۷	۱	۴۶	۰/۰۳
پیگیری	۱۳/۱۶	۱	۴۶	۰/۰۶
پیش‌آزمون	۰/۰۱	۱	۴۶	۰/۹۲
اضطراب	۰/۱۸	۱	۴۶	۰/۸۷
پیگیری	۰/۴۱	۱	۴۶	۰/۴۹
پیش‌آزمون	۴/۱۴	۱	۴۶	۰/۴۲
استرس	۱۶/۳۶	۱	۴۶	۰/۵۳
پیگیری	۱۷/۰۶	۱	۴۶	۰/۵۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر سلامت روان بیماران مبتلا به ام. اس. بود. پژوهش‌گران اذعان دارند که میلیون‌زادایی رشته‌های عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب بروز نشانه‌های آسیب‌شناختی روانی نیز شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین و روابط اجتماعی محدود در این بیماران اشاره دارد؛ و افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در بسیاری از بیماری‌های طبی مطرح است و از طرفی نیز در صورت عدم درمان، اضطراب بیمار باعث بیماری قلبی در او می‌گردد. نتایج این پژوهش نشان دهنده‌ی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر بیماران دچار ام. اس. بود و این تأثیر در گروه کنترل مشاهده نشد. نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های Drew و همکاران (۶)، مبنی بر این‌که درمان شناختی بر اختلالات خلقی و اضطرابی بیماران تأثیر می‌گذارد، همسو بود. نتایج مطالعات Antoni و همکاران (۳۶)، Lee و همکاران (۳۷)، Srivastava و همکاران (۳۸)، جندقی و همکاران (۳۹)، دهشیری (۴۰) نیز نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌کنند. نتایج پژوهش زمانی و همکاران (۷) که بر روی بیماران مبتلا به ام. اس. بندرعباس انجام گرفت نیز نشان داد که

شاخص‌های اضطراب و افسردگی؛ پس از انجام مداخله کاهش یافته و این کاهش در دوره‌ی پیگیری نیز حفظ گردید. پژوهشی دیگر اثربخشی این درمان را در درمان افسردگی، بدون در نظر گرفتن دوره‌ی پیگیری مورد بررسی قرار گرفت؛ و به این نتیجه رسید که گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش اختلالات خلقی زنان متأهل مؤثر است (۲۸). پژوهشی با مقایسه‌ی درمان‌های افراد مبتلا به اختلال افسردگی مزمن نشان داد، شناخت درمانی تأثیر بیشتری در درمان افسردگی و اختلالات خلقی بیماران دارد (۲۹). طبق نظریه‌ی مایکل فری، شناخت درمانی باورهای هیجانی را کمتر از باورهای عقلانی تغییر می‌دهد (۳۰)؛ بنابراین، در تبیین یافته‌ی اصلی این پژوهش مبنی بر اثربخش بودن گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان گفت که شاخص درمانی اصلی در گروه‌درمانی شناختی به روش مایکل فری، تغییر و اصلاح ساختارهای شناختی و باورهای ناکارآمد فرد است؛ که او را دچار علائمی از اضطراب، افسردگی و استرس کرده است. درمان آن مکانیسم‌های شناختی را هدف قرار داده و بهبود می‌بخشد؛ با تغییر در این مکانیسم‌های شناختی، نشانه‌ها نیز از بین می‌رود. این پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی شناختی بر سلامت روان بیماران ام. اس. مؤثر است؛ و با توجه به اثربخشی گروه‌درمانی شناختی در بهبود افسردگی،

مصاحبه و تهیه‌ی شرح حال و تاریخچه‌ی فردی نیز استفاده شود. به پزشکان و متخصصین بالینی پیشنهاد می‌شود که هنگام کار با اختلالات مزمن جسمانی به جنبه‌ی روان‌شناختی بیماری‌ها نیز توجه داشته باشند؛ چون اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث تداوم و گسترش سایر مشکلات و اختلالات بیماران شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پروتکل‌های درمانی برای بیماران طبی مزمن، دربرگیرنده‌ی مداخلات روان‌شناختی نیز باشند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر و سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

تعارض منافع

ضمناً این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده و هیچ‌گونه تعارض منافی در آن برای نویسندگان وجود ندارد.

اضطراب و استرس، این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه‌ی دائم اجرا شود. جنبه‌ی نوآوری این پژوهش تأکید بر دردهای هیجانی بیماران بود که با دردهای جسمانی تلفیق شده و امکان تبدیل و گذر به دردهای هیجانی بود. همچنین جلسات محدود در کنار درمان پزشکی بیماران که به صورت گروهی انجام گرفت؛ طبق نتایج انجام شده در گروه‌درمانی شناختی، گردهمایی گروهی تأثیر بسزایی در کاهش دردهای بیماران جسمی مزمن داشت (۳۵،۴۰). خود گزارشی بودن داده‌های گردآوری شده در این پژوهش محدودیتی بود که اعتبار نتایج آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین نمونه‌ی کم و ریزش در شرکت‌کنندگان عامل دیگری بود که باعث ایجاد محدودیت در تعمیم‌پذیری و اعتبار نتایج این پژوهش می‌شود. در نهایت به سایر محققان پیشنهاد می‌گردد که چنین پژوهشی را با نمونه‌ی بیشتری انجام دهند و در مرحله‌ی گردآوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه، از روش‌هایی همچون مشاهده،

References

1. World Health Organization. Suicide rates. [cited 2016 Sep 20] Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.
2. Robins LN. Psychiatric Epidemiology. Arch Gen Psychiatry 1978; 33(6):697-702.
3. Epping-Jordan J, Bengoa R, Kawar R, Sabate E. The challenge of chronic conditions: WHO responds? BMJ 2001; 323(7319): 947-8.
4. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. Eur J Pain 2004; 8(6):555-65.
5. Asghari Moghadam G. Strategy style with pain and adjustment people with chronic pain. Behavior Daneshvar Journal 2006; 12(10):19-27. [In Persian].
6. Drew M, Tippett LJ, Starkey NJ, Isler RB. Executive dysfunction and cognitive impairment in a large community-based sample with Multiple Sclerosis from New Zealand: a descriptive study. Arch Clin Neuropsychol 2008; 23(1):1-9.
7. Zamani N, Rahmati A, Fazilat-Pour M. The effect of cognitive-behavioral stress management training on anxiety, depression and cognitive disorder of individuals with multiple sclerosis. Journal Of

- Clinical Psychology 2014; 5(4):43-53. [In Persian].
8. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet* 2008; 372(9648):1502-17.
 9. Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, Bradley WG. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. Philadelphia: Elsevier - Health Sciences Division; 2012.
 10. Gold SM, Heesen C. Stress and disease progression in multiple sclerosis and its animal models. *Neuroimmunomodulation* 2006; 13(5-6):318-26.
 11. Rajabi S, Yazdkhast F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 1(21):29-39. [In Persian].
 12. Tsang BK, Macdonell R. Multiple sclerosis: diagnosis, management and prognosis. *Aust Fam Physician* 201; 40(12):948-55.
 13. Dyment DA, Ebers GC, Sadovnick AD. Genetics of multiple sclerosis. *Lancet Neurol* 2004; 3(2):104-10.
 14. Poser CM, Brinar VV. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: an historical review. *Clin Neurol Neurosurg* 2004; 106(3):147-58.
 15. McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the International Panel on the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001; 50(1):121-7.
 16. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
 17. Mitsionis CI, Potagas C, Zervas I, Sfagos K. The effects of stressful life events on the course of multiple sclerosis: a review. *Int J Neurosci* 2009; 119(3):315-35.
 18. Heesen C, Mohr DC, Huitinga I, Bergh FT, Gaab J, Otte C, et al. Stress regulation in multiple sclerosis-current issues and concepts. *Mult Scler* 2007; 13(2):143-8.
 19. Hakim Javadi M, Gholamali M, Haghghatgo M, Zebardast O. The relationship among depression, anxiety, stress and personality in veteran children. *Tebe-E-Janbaz* 2010; 3(9):9-16. [In Persian].
 20. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the effectiveness of two therapeutic methods of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy on the improvement of impulsive behavior in the patients suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2014; 22(5):45-54 [In Persian].
 21. Jordan BK, Marmar CR, Fairbank JA, Schlenger WE, Kulka RA, Hough RL, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60(6):916-26.
 22. Hastings RP. Child Behaviors Problems and Parental Mental Health as Correlates of Stress in Mothers and Fathers of Children

23. with spatial needs. *J Intellect Disabil Res* 2003; 47(Pt 4-5):231-7.
24. Gold SM, Mohr DC, Huitinga I, Flachenecker P, Sternberg EM, Heesen C. The role of stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. *Trends Immunol* 2005; 26(12):644-52.
25. Barron WB. Effect of religious coping skills training with group cognitive behavioral therapy for treatment of depression [Dissertation]. USA: North-Central University; 2007. p. 7-12.
26. Chew CE. The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: a multiple baseline design [Dissertation]. USA: University of Denver; 2006. p.18-80.
27. Alavi K, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi SA, Salehi Fardadi J. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(2):124-35. [In Persian].
28. Kahrizi E, Aghayousefi A, Mirshahi M. Effectiveness of group cognitive therapy based on michael free in reducing depression. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2012; 6(22): 21-30. [In Persian].
29. Jamilian HR, Malekirad AA, Farhadi M, Habibi M, Zamani N. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core distress tolerance and emotion regulation components) on explosive anger and impulsive behaviors. *Global Journal of Health Science* 2014; 6(7):116-23.
30. Davidson K. Cognitive therapy for personality disorders: agued for therapists. Translated by Shams G. Tehran: Roshd; 2004. [In Persian].
31. Free ML. Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice. 2nd ed. USA: Wiley; 2007.
32. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. USA: DSM; 2013.
33. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(3):335-43.
34. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment* 1998; 10(2):176-81.
35. Samani S, Jokar B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 26(3):65-75. [In Persian].
36. 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.
37. 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.
38. Srivastava M, Talukdar U, Lahan V. Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complement Ther Clin Pract* 2011; 17(4):241-5.
39. Jandaghi F, Neshat-Doost HT, Kalantari M, Jabal Ameli S. The effectiveness of cognitive behavioral stress management group training on anxiety and depression of addicts under Methadone Maintenance Therapy (MMT). *Journal of Clinical Psychology* 2013; 4(4):41-50. [In Persian].
40. Dehshiri GR. The effectiveness of cognitive-behavior therapy on anxiety and worry of people with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology* 2012; 4(2):19-28. [In Persian].

Effectiveness of Cognitive Group-Therapy Based on Michael Free on Mental Health in Patients with Multiple Sclerosis

Safoura Ghafouri-Asar¹, Ahmad Bayat^{2*}

Received: 2017 Aug 1

Accepted: 2020 Feb 19

Published: 2020 May 30

Original Article

Abstract

Background: In addition to physical characteristics, patients with chronic illnesses are in trouble psychological characteristics, also. This study aimed to examine the effect of Effectiveness of Cognitive Group-Therapy Based on Michael Free on mental health in patients with Multiple Sclerosis.

Methods: The population was all the patients with MS in Hamedan. In a semi-experimental design and using convenience sampling, 30 participants were selected among those patients and they were divided in two groups of intervention and control by random. The former and latter clusters were trained in between the one and one and half an hour of 6 sessions while the control group had no therapeutic training. The therapeutic clusters were assessed with of Lovibond depression, anxiety; stress (DASS, 1995) were completed at three stages; prior to, four weeks later and two months after the intervening sessions. Data were subjected to descriptive statistics and the analysis with MANOVA.

Results: The results of this study showed that there were significant differences between test and control groups after intervention ($P < 0.001$). In fact, scores of depression, anxiety and stress in the experimental group was significantly reduced after treatment. This effect was also visible follow-up period.

Conclusion: According to the results above, we can say, in the area of treatment and working on patients with Multiple Sclerosis cognitive group-therapy seems to be very efficient and useful. So, in addition to medical interventions for patients with multiple sclerosis that is done, there is a need for psychological interventions.

Keywords: Cognitive Group-Therapy, Michael Free, Mental Health, Multiple Sclerosis

Citation: Ghafouri-Asar S, Bayat A. **Effectiveness of Cognitive Group-Therapy Based on Michael Free on Mental Health in Patients with Multiple Sclerosis.** Afzalipour J Clin Res 2020; 2(2-1): 33-44.

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Hamedan, Iran

2. Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

Corresponding Author: Ahmad Bayat

Email: bayata61@yahoo.com

Address: Department of Psychology, Bu Ali Sina University, Hamadan, Iran