فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹ ، تابستان سال ۹۹

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و راهبردهای مقابله ای بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS) شهر تهران

نیر مفیدی طباطبایی[۱]

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و راهبردهای مقابله ای بیماران MS شهر تهران انجام شد. **روش:** با توجه به موضوع و اهداف پژوهش روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه کننده به درمانگاه‌های مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب وابسته به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ می‌باشد. نمونه ۴۰ نفر از بیماران ام اس زن شهر تهران که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین می‌شوند. ابزار پژوهش نیز پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای بلینکزوموس (۱۹۸۱) و پرسشنامه رفتار سازشی لامبرت (۱۹۷۴). پروتکل درمان شناختی-رفتاری بسته آموزشی شناختی رفتاری حاتمی نیز شامل برنامه ۱۰ جلسه‌ای بود که در مدت دو ماه در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز تحلیل کوواریانس بود که با استفاده از نرم‌افزار spss انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی بیماران MS شهر تهران موثر است($p< ۰/۰۰۱$). و درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای بیماران MS شهر تهران موثر است ($p< ۰/۰۰۱$). **نتیجه‌گیری:** می توان نتیجه گرفت با مداخله مداوم برنامه درمان شناختی-رفتاری می‌توان موجب بهبود وضعیت سازش یافتگی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران MS شد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، سازش یافتگی اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، مولتیپل اسکلروزیس(MS)

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس [1] (ام. اس) یک بیماری مزمن و ناتوان کننده با پیامدهای اقتصادی و اجتماعی قابل توجه می باشد. هزینه های اجتماعی مرتبط با ام.اس به دلیل طول مدت زیاد، از دست دادن زودهنگام بازدهی، نیاز به مساعدت در فعالیتهای روزمره و درمانهای تعدیل کننده ی ایمنی و مراقبتهای سالمتی چندنظامی بسیار بالاست(پوگلیاتی[2] و همکاران ، ۲۰۱۶).

بیماری ام.اس استقلال و توانایی فرد برای مشارکت موثر در خانواده و اجتماع را تهدید می کند و بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می دهد. این بیماران اغلب در سالهایی رخ می دهد که فرد از آن سالها انتظار سلامتی دارد و با ایجاد بیماری، اطمینان فرد از بدن و سلامتیش مخدوش می شود. از آنجایی که بیماری ام.اس می تواند هر بخشی از سیستم اعصاب مرکزی را تحت تاثیر قرار دهد، عالیم و نشانه هایی که در این بیماری بروز می کند بسیار متنوع است. به این دلیل گاهی به این بیماری »بیماری هزار چهره« گفته می شود(سیتینگر و کوئنینگ[3]، ۲۰۱۲).

استرس و خستگی ناشی از آن یکی از نشانه های شایع این بیماری به شمار می رود. بیش از ۹۸ درصد بیماران مبتلا به ام اس، استرس شدید و به همراه آن خستگی مفرط را تجربه می کنند و ۴۸ تا ۷۸ درصد آنها این مشکل را بدترین علامت بیماری معرفی می کنند که به شدت بر فعالیت، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارد (مرکلبچ و استینگر[4]، ۲۰۰۲).

شیوه های مقابله افراد با استرس در اتخاذ روشی قابل قبول برای مقابله با مشکلی ویژه، به هنجارهای اجتماعی آنها بستگی تام دارد. راهبردهای مقابلهای تلاشهای شناختی و رفتاری برای مدیریت کردن تقاضاهای بیرونی یا درونی هستند و به عنوان منابعی ارزیابی می شوند که نیاز به تلاش فیزیکی و روانی دارند (محمود علیلو، خانجانی و بیات، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، راهبردهای مقابله ای شامل مهارتها و راهبردهایی است که افراد برای تغییر مسأله یا نظم بخشیدن به پاسخهای هیجانی هنگام تجربهٔ عامل تنیدگی زا به کار می برند. در برخورد افراد یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه راهبردهای عقلانی در جهت حل مسائل به کار گرفته شود، فشارهای روانی ناشی از آن مسأله کاهش می یابد و افراد به تبع آن با راهبردهای منطقی با قضیه برخورد می کنند و هیچ نیازی به مواجههٔ شدید و احساسی با قضیه نمی بینند (واقعی و همکاران، ۱۳۹۶). راهبردهایی که فرد برای مقابله برمی گزیند بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به شمار می رود. کاربرد راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می تواند موجب افزایش مشکلات گردد، درحالی که کاربرد راهبردهای درست مقابله ای می تواند پیامدهای سودمندی درپی داشته باشد (مرادیا، پیشواب و احسانا، [5]، ۲۰۱۱). غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که راهبردهای مقابله ای به طور متفاوتی واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی واختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه های سلامت روانی هستند را به صورت معناداری تبیین می کنند.

از سوی دیگر، برای اینکه فرد بتواند در زندگی روزمره به آرامش نسبی و بدور از هر گونه استرس و فشار روانی دست یابد باید ابتدا بتواند با محیطی که در ان رشد می کند سازش داشته باشد. بدین ترتیب، پیش شرط زندگی بدون استرس می تواند سازش باشد. در نظام پیاژه[6] سازش به منزله تعادل بین ارگانیزم و محیط است (منصور، ۱۳۸۸). از طرفی دیگر رفتار آدمی تحت تاثیر عوامل مختلفی؛ از جمله خانواده، مدرسه، گروه همسالان و سایر عوامل اجتماعی قرار دارد و شخصیت انسان در صورتی به کمال می رسد که بین او و محیط پیرامونش تعادل و تعامل مناسبی صورت پذیرد. فشارهای اجتماعی بوضوح تاثیر

[1] multiple sclerosis
[2] Pugliatti
[3] Sittinger
[4] Merkelbach, Sittinger
[5] Moradia, Pishvab, Ehsana
[6] Piaget,

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

فراوانی بر رفتار فرد دارد. همچنین انسان موجودی انعطاف پذیر است. او نه تنها با محیط سازگار می شود؛ بلکه محیط را بر طبق خواسته های خود دگرگون می کند (شریفی، ۱۳۹۶). بنابراین سازش یافتگی و هماهنگ شدن با خود و محیط پیرامون خود برای هر موجود زنده ای ضرورتی حیاتی است، تلاش روزمره آدمیان جملگی بر حول سازش یافتگی دور می زند. هر انسان هوشیارانه یا ناهوشیارانه می کوشد، نیازهای متنوع و گاه متعارض خود را در محیطی که در آن زندگی می کند، برآورده سازد. در شکل گیری سازش یافتگی اجتماعی عواملی چون شیوه های تربیتی، عوامل آموزشگاهی، ارزش ها و اعتقادات حاکم، گروه همسالان، خانواده و آموزش و پرورش موثّر است(سهرابیان، ۱۳۸۹). سازش یافتگی اجتماعی[1] معمولا در اصطلاحات نقش های اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش های متعدد مفهوم سازی شده است (گسل[2]، ۲۰۱۳). میزان سازش یافتگی به دو عامل بستگی دارد: نخست ویژگی های شخصی مانند بازخوردها، مهارتها و شرایط جسمانی و دوم، ماهیت هایی که با آن مواجه می شود مانند مشکلات خانوادگی، حوادث ناگهانی و طبیعی(ولی زاده، ۱۳۹۰). معمولا دانش آموزان عادی نسبت به دانش آموزان تیزهوش ممکن است سعی کنند تا از رویدادهایی که باعث ناراحتی و تفاوت بین آنها می شود، اجتناب کنند، چرا که اینها باعث مشکلات روحی و روانی و یادآور عدم اعتماد بنفس می شوند، در نتیجه در نبود حمایت اجتماعی کافی سازش یافتگی فرد با محیط مختل می شود (ترزیف[3]، ۲۰۱۸). عدم سازش یافتگی اجتماعی ممکن است افراد را منزوی کرده و بر عزت نفس[4] آنها اثر گذاشته و فعالیت های اجتماعی آنان را محدود سازد و حتی برخی از آنان از صحبت کردن با دیگران اجتناب می ورزند (لپور[5]، ۲۰۰۷).

درمان شناختی - رفتاری از جمله مداخلاتی است که در سال های اخیر در درمان بیماری های مزمن پزشکی همچون ام اس به کار گرفته شده است (مائیسی[6] و همکاران، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری یک رویکرد غیردارویی است که می تواند به عنوان یک گزینه ی درمانی در کمک به کاهش خستگی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد(بودلیوس[7] و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد به افراد کمک می کند تا به این امر توجه کنند که چگونه اتفاقاتی که برایشان رخ می دهد را ارزیابی می کنند و چگونه این ارزیابیهایشان بر تجاربشان تاثیر می گذارد (یی، یانگ و چن[8]، ۲۰۱۵). رویکرد شناختی رفتاری در درمان بسیاری از اختلالات همچون افسردگی و اضطراب. موفق بوده است به طوری که از این رویکرد در درمان مشکالت روحی بیماران ام.اس همچون، اضطراب و افسردگی استفاده شده است (وانکسل و موس موری[9]، ۲۰۰۸). در دو پژوهش خارجی از درمان شناختی-رفتاری برای خستگی مرتبط با ام.اس استفاده شده است. در یکی از این دو پژوهش. با استفاده از یک آزمایش کنترل شده تصادفی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در خستگی بیماران ام.اس بررسی شد. نتایج این پژوهش کنترل شده ی تصادفی نشان داد درمان شناختی-رفتاری درمانی موثر در خستگی بیماران مبتلا به ام اس می باشد و اثر آن نیز از آموزش آرام سازی بیشتر بود (موس ماری و ندیسون ، ۲۰۱۳). همچنین نتایج پژوهش سلیمانی و تاج الدین (۱۳۹۵) نشان داد گروه دریافت کننده درمان شناختی-رفتاری اینترنت محور در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در هر دو مقیاس خستگی و مقیاس تعدیل شده تاثیر خستگی نشان دادند. بدین ترتیب در این پژوهش در پی پاسخی برای این مسئله مهم هستیم که آیا درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و راهبردهای مقابله ای بیماران ms شهر تهران موثر است ؟

روش

[1] Social adjustment
[2] Gesell
[3] Elfaydi, F.
[4] Self-esteem
[5] Lepore, s.
[6] Maissi
[7] Bothelius
[8] Ye, Zhang, Chen
[9] Van Kessel . Moss-Morris

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون و با گروه آزمایش و گواه بود. در این تحقیق انتخاب و گمارش گروه ها (گروه آزمایشی وکنترل) به صورت تصادفی انجام شده و شامل پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری ام اس مراجعه کننده به درمانگاه های مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب وابسته به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ یود. نمونه ۴۰ نفر از بیماران ام اس زن شهر تهران که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهس نیز پرسشنامه بوده که بدین شرح بوده.

پرسشنامه رفتار سازشی[1] لامبرت (۱۹۷۴): این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۴ در آمریکا به وسیله لامبرت، ویند، میلر و نیگوروا[2] برای استفاده در مورد دانش آموزان ۷ تا ۱۳ ساله طراحی شده است، توسط شهنی ییلاق در سال ۱۳۷۱ ترجمه و بر روی ۱۵۰۰ دانش آموز دختر و پسر مقطع دبستانی شهر اهواز هنجاریابی شده است. این آزمون از ۳ خرده مقیاس (سازش عاطفی ۱۸ سوال، سازش اجتماعی ۱۸ سوال، سازش آموزشی ۱۹ سوال) و ۵۵ سوال تشکیل شده است. سوالات پرسشنامه رفتار سازشی کودک ویژگی های تحول یافته اجتماعی در کودک را می سنجد. در این پژوهش تنها سوالات مربوط به مولفه سازش اجتماعی استخراج شده که این آزمون به صورت صحیح- غلط بوده به گزینه غلط "صفر" و به گزینه درست نمره "یک" تعلق می گیرد و برای هر آزمودنی نمرات با هم جمع می شوند. آلفای کرونباخ سازش اجتماعی در پژوهش کج باف و همکاران (۱۳۸۴) به میزان ۰/۸۹ می باشد که بیانگر همسانی درونی مطلوب آن است.

پرسشنامه پاسخهای مقابله[3] بلینگز و موس (۱۹۸۱): این پرسشنامه بوسیله بلینگز و موس (۱۹۸۱) تدوین شده است. شامل ۱۹ آیتم می باشد بر اساس برسی های بلینکز و موس از طریق روش تحلیل محتوا، جملات این پرسش نامه به سه دسته تقسیم می شوند که شامل پاسخهای مقابله شناختی فعال با ۶ جمله، پاسخهای مقابله رفتاری با ۶ جمله و پاسخهای مقابله اجتنابی با ۷ جمله می باشد. از طرف دیگر، این پرسش نامه دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مساله با۸ جمله و مقابله متمرکز بر هیجان را با ۱۱ جمله را در بر می گیرد. آزمودنی می بایست به هر یک از جملات که نوعی پاسخ مقابله محسوب می شود با صورت بلی یا خیر پاسخ دهد به منظور استفاده دقیق تر از این ابزار یک مقیاس ۵ گزینه ای شامل هرگز، بندرت، گاهگاهی، اغلب و همیشه استفاده شد و آزمودنی بر اساس گزینه ای که انتخاب می کند نمرهای بین ۱ تا ۵ می گیرد. جلالی نژاد و عابدی (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه را با روش تصنیف و استفاده از فرمول تصحیح اسپرمن براون محاسبه کرد و ضریب پایایی ۰/۷۸ محاسبه شد. میزان ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر با ۵۶ /۰ محاسبه گردید.

برای انتخاب نمونه ابتدا بر اساس هماهنگی محقق با درمانگاه های مرکز تحقیقات بیماریهای مغزواعصاب وابسته به مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در شهر تهران، زنانی که برای درمان به مراکز مراجعه کرده بودند (پس از اخذ رضایت نامه) در مطالعه شرکت داده شد و فرم مشخصات فردی و پرسشنامه های تحقیق برای آنها تکمیل شد. پس از قرار گیری زنان نمونه پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه، مرحله پیش آزمون اجرا گردید و دو پرسشنامه در اختیار منونه پژوهش قرار گرفت. پس از تکمیل مرحله پیش آزمون، آموزش CBT برای گروه آزمایش اجرا گردید در ۱۲ جلسه و هر جلسه به مدت ۱ ساعت. پس از اتمام دوره آموزشی مرحله پس آزمون اجرا گردید و پرسشنامه ها مذکور در اختیار هر دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. به منظور جمع آوری صحیح اطلاعات از آزمودنی ها، پرسشنامه های افرادی که با بی میلی در این مطالعه شرکت کردند یا به کلیه سئوال ها پاسخ ندادند، از بررسی حذف شدند و جایگزینی برای آنها در نظر گرفته شد. همچنین برای تامین افراد عادی از این پژوهش (گروه کنترل)، ابتدا بر اساس متغیر های ذکر شده در فرم مشخصات فردی پرسشنامه آنها را با گروه اول همگن کرده و سپس پرسشنامه های تحقیق پر شدند.

[1] Adaptive Bdhavior Inventory for Children (ABIC)
[2] Lambert ،wind ،Miller & Nygora
[3] Coping Responses Inventory

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

برنامه درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول: آشنایی و ترغیب همکاوی: آشنایی درمانگر و مراجعین با همدیگر و فعالیت های جلسات گورهی ارائه قوانین و وظایف هر عضو ترقیب کودکان در بان ناراحتی های فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه های رفتاری و جسمانی و شناختی مراجعین ، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه.

جلسه دوم: افزایش مهارت های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول): بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنهایی، تقویت نقش و جایگه مهم افراد در فعالت های گروهی، تقسیم کار و تسهل امور در کار های محل زندگی، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.

جلسه سوم: افزایش مهارت های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم): تقویت و آموزش مهارت های ارتباطی کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه ی درخواست محرمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصا در محل زندگی مشترک، پرداختن فعالیت انتخابی.

جلسه چهارم: افزایش مهارت خودآگاهی(قسمت اول): شناخت ویژگی های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت های ظاهری مراجعین از نظر ویژگی های ظاهری(مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوستو ...) در جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفش، پرداخت به فعالیت های انتخابی.

جلسه پنجم: افزایش مهارت های خود آگاهی (قسمت دوم): شامل بررسی و تقویت توانایی ها و نقاط قوت هر مراجع در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی های منفی و بررسی نقش آنها در احساس ناامیدی، استفاده از آموزش روش بازسازی سناختی ABC در تعیین تفاوت تلفیق های منفی در مقایسه با خود گویی های مثبت و اثر آن در احساس مراجع، پرداختن به فعالیت های انتخابی.

جلسه ششم: افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی(قسمت اول): کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالت های چهره ای و غیر کلامی آنها ، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، اموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجان های مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه های بعد، پرداختن به فعالیت های انتخابی.

جلسه هفتم: افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی(قسمت دوم): مرور تجارب هیجانی مراجع در طول هفته، بررسی نشانه ها و علل هیجان و خشم در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی ABC در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره گیری از خود گویی های مثبت در هنگام عصبانیت، پرداختن به فعالیت انتخابی.

جلسه هشتم: افزایش مهارت مقابله با هیجان های منفی(قسمت سوم): بررسی نشانه ها و علل هیجان و احساس غم در افراد، استفاده از روش ABC در تشخیص علل اشتباه در غم تعیین موضوعات غم در هر یک از مراجعین بهره گیری از خودگویی های مثبت در هنگام غم، پرداختن به فعالیت انتخابی.

جلسه نهم: افزایش مقابله با هیجان های منفی(قسمت چهارم): بررسی نشانه ها و علل هیجان ترس در افراد، استفاده از روشABC در تشخیص علل و باورهای اشتباه و موثر در ترس و نرگانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از مراجعین، آموزش مهارت های مقابله با ترس (حساسیت زدایی منظم و با استفاده از تصاویر مثبت و خوشایند مراجعین) پرداختن به فعالیت اجتماعی

جلسه دهم: افزایش مهارت حل مساله و تصمیم گیری: شامل آشنایی مراجعین با تصمیم های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم گیری..

یافته ها

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش آمار توصیفی شامل(فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس بود، تمامی تحلیل ها به کمک نرم افزارSPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹ ، تابستان سال ۹۹

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سازش اجتماعی و راهبردهای مقابله ای

گروه	متغیر	مرحله	انحراف استاندارد	میانگین	بزرگترین	کوچترین	تعداد
آزمایش	سازش اجتماعی	پیش آزمون	۱/۸۰۳	۹/۱۰۰	۱۳	۶	۲۰
		پس آزمون	۱/۶۵۷	۱۲/۳۰۰	۱۵	۱۰	۲۰
	شناختی فعال	پیش آزمون	۳/۷۹۰	۱۹/۵۵۰	۲۶	۱۳	۲۰
		پس آزمون	۳/۸۴۰	۲۴/۳۰۰	۳۰	۱۹	۲۰
	رفتاری	پیش آزمون	۱/۶۰۹	۲۲/۲۰۰	۲۵	۲۰	۲۰
		پس آزمون	۱/۷۳۱	۲۶/۰۵۰	۲۹	۲۳	۲۰
	اجتنابی	پیش آزمون	۲/۳۸۶	۲۲/۷۰۰	۲۸	۲۰	۲۰
		پس آزمون	۲/۶۱۳	۲۵/۹۰۰	۳۰	۲۱	۲۰
گواه	سازش اجتماعی	پیش آزمون	۲/۱۴۹	۹/۹۰۰	۱۴	۶	۲۰
		پس آزمون	۲/۰۰۲	۱۰/۳۰۰	۱۴	۷	۲۰
	شناختی فعال	پیش آزمون	۲/۱۰۹	۲۰/۲۵۰	۲۶	۱۶	۲۰
		پس آزمون	۲/۲۶۸	۲۰/۴۵۰	۲۷	۱۵	۲۰
	رفتاری	پیش آزمون	۲/۳۷۳	۲۰/۵۰۰	۲۴	۱۵	۲۰
		پس آزمون	۲/۱۳۴	۲۰/۸۵۰	۲۴	۱۶	۲۰
	اجتنابی	پیش آزمون	۲/۰۹۲	۲۳/۸۰۰	۲۷	۲۰	۲۰
		پس آزمون	۲/۰۷۷	۲۴/۰۰۰	۲۸	۲۰	۲۰

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین سازش اجتماعی پیش آزمون گروه گواه ۹/۹۰، پس آزمون گواه ۱۰/۳۰، پیش آزمون گروه آزمایش ۹/۱۰ و پس آزمون گروه آزمایش ۱۲/۳۰، میانگین شناختی فعال پیش آزمون گروه گواه ۲۰/۲۵، پس آزمون گواه ۲۰/۴۵، پیش آزمون گروه آزمایش ۱۹/۵۵ و پس آزمون گروه آزمایش ۲۴/۳۰، است. میانگین رفتاری پیش آزمون گروه گواه ۲۰/۵۰، پس آزمون گواه ۲۰/۸۵، پیش آزمون گروه آزمایش ۲۲/۲۰ و پس آزمون گروه آزمایش ۲۶/۰۵، میانگین اجتنابی پیش آزمون گروه گواه ۲۳/۸۰، پس آزمون گواه ۲۴/۰۰، پیش آزمون گروه آزمایش ۲۲/۷۰ و پس آزمون گروه آزمایش ۲۵/۹۰، است.

جدول ۲ خروجی اصلی تحلیل کوواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر سازش یافتگی اجتماعی در گروه ها

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح معنی	اندازه اثر

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

	مجذورات	آزادی	مجذورات		داری	
پیش آزمون	۸۹/۹۴۷	۱	۸۹/۹۴۷	۷۶/۵۴۷	۰/۰۰۱	**۰/۷۰۱**
گروه	۶۵/۸۴۴	۱	۶۵/۸۴۴	۶۳/۳۵۵	۰/۰۰۱	**۰/۶۳۱**
خطا	۳۸/۴۵۳	۳۷	۱/۰۳۹			
جمع	۵۲۷۶/۰۰۰	۴۰				
اصلاح مجموع	۱۶۸/۴۰۰	۳۹				

جدول فوق مقدار F تاثیر کوواریانس را در متغیر سازش یافتگی اجتماعی نشان می دهد. می توان گفت این مقدار F (۶۳/۳۵۵) معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰/۰۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی بیماران ms شهر تهران موثر است با میزان اثر ۶۳ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

جدول ۳ خروجی اصلی تحلیل کوواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر راهبردهای مقابله ای شناختی فعال در گروه ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۰۵/۳۷۵	۱	۳۰۵/۳۷۵	۸۸/۴۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵
گروه	۱۹۳/۵۰۰	۱	۱۹۳/۵۰۰	۵۶/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲
خطا	۱۲۷/۷۷۵	۳۷	۳/۴۵۳			
جمع	/۰۰۰ ۲۰۶۰۷	۴۰				
اصلاح مجموع	۵۸۱/۳۵۷	۳۹				

جدول فوق مقدار F تاثیر کوواریانس را در متغیر راهبردهای مقابله ای شناختی فعال نشان می دهد. می توان گفت این مقدار F (۶۳/۳۵۵) معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰/۰۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله ای شناختی فعال بیماران ms شهر تهران موثر است با میزان اثر ۶۰ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

جدول ۴ خروجی اصلی تحلیل کوواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر راهبردهای مقابله ای رفتاری در گروه ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۰۰/۵۱۳	۱	۱۰۰/۵۱۳	۸۶/۵۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۰
گروه	۱۲۴/۱۹۴	۱	۱۲۴/۱۹۴	۱۰۶/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳
خطا	۴۲/۹۸۷	۳۷	۱/۱۶۲			
جمع	/۰۰۰ ۲۲۴۱۰	۴۰				
اصلاح مجموع	۴۱۳/۹۰۰	۳۹				

جدول فوق مقدار F تاثیر کوواریانس را در متغیر راهبردهای مقابله ای رفتاری نشان می دهد. می توان گفت این مقدار F (۱۰۶/۸۹۶) معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰/۰۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله ای رفتاری بیماران ms شهر تهران موثر است با میزان اثر ۷۴ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

جدول ۵ خروجی اصلی تحلیل کوواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر راهبردهای مقابله ای اجتنابی در گروه ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۱۳/۵۱۵	۱	۱۱۳/۵۱۵	/۷۳۳ ۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
گروه	۷۰/۹۸۰	۱	۷۰/۹۸۰	۲۶/۷۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
خطا	۹۸/۲۸۵	۳۷	۲/۶۵۶			
جمع	/۰۰۰ ۲۵۱۴۸	۴۰				
اصلاح مجموع	۲۴۷/۹۰۰	۳۹				

جدول فوق مقدار F تاثیر کوواریانس را در متغیر راهبردهای مقابله ای اجتنابی نشان می دهد. می توان گفت این مقدار F (۲۶/۷۲۱) معنا دار است چون احتمال آن از سطح معنی داری ۰/۰۰۱ کوچکتر است. پس از حذف اثرهای متغیر همپراش تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه وجود دارد و می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله ای اجتنابی بیماران ms شهر تهران موثر است با میزان اثر ۴۱ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیر سازش یافتگی اجتماعی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده شده که می توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی بیماران ms شهر تهران موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهشهای قزلسفلو و سعادتی (۱۳۹۷) همراستا می باشد. در تبیین یافته می توان گفت افراد مبتلا به ms باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجبار و بنا به طبیعت بیماری لازم است پاره ای از آزادیهای زندگی خود، را محدود سازد، این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه ی درمانی MS پیدا می کنند. بسیاری از محققان اعتقاد دارند که استرس نقش مهمی در تحریک شروع حملات این بیماری بازی می کند. چنانچه دیده می شود خیلی از بیماران بعد از یک حمله استرس، دچار اولین حمله مولتیپل اسکلروزیس شده اند. استرس شدید می تواند باعث تشدید فرآیندهای التهابی شود و این موضوع می تواند تأثیر استرس، در تشدید و شروع حملات بیماری را نشان دهد. تغییر روش زندگی و آگاهی از عوارض کوتاه مدت و بلندمدت بیماری موجب فعال شدن نشانه های افسردگی در بیماران می شود که همین عامل موجب بروز ناسازگاری می شود. به طورکلی بیماران ام. اس احتمالا به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست نداشتنی و منفی ارزیابی می کنند. به نظر میرسد بیماران ام. اس از لحاظ هیجانی به شدت تحت تاثیر بیماری خود قرار دارند و درمان شناختی-رفتاری احتمالا می تواند در ارتقا کیفیت زندگی این بیماران نقش داشته باشد. درمان شناختی- رفتاری با در نظر گرفتن ویژگیهای شناختی از جمله باورها و انگاره های ذهنی ایشان به بازسازی شناختی آنان کمک می نماید و با درک مشکل در یک فرآیند مشاوره ای همدلانه، را کاهش می دهد و نیز به فرد کمک میکند تا به زندگی طبیعی برگردد. همچنین درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن این شناخت های منفی سعی در تغییر آنها و بهبود نشانه های افسردگی دارد. پروتکل استفاده شده در این پژوهش در هر سه بخش با هدف افزایش خلق، سعی در کاهش نشانه های افسردگی در بیماران داشت، که میزان درصد بهبودی بیماران و اندازه های اثر بالا برای هر سه بیمار نشانگر موفقیت در این امر است. پذیرش واقعیت بیماری از سوی بیمار مبتلا به MS گام مهمی است که بیمار با برداشتن این گام به سازگاری بیشتر با این بیماری و عوارض آن نائل می شود. به نظر می رسد که با استفاده از فنون تمرکز فکر و توجه برگردانی جهت تحمل حالت خلقی کارامد و استفاده از فعالیت های مغایر با حالت های خلقی موجود و یادآوری گذرا بودن حالت خلقی و استعاده از شیوه های آرمیدگی به منظور مقابله با استرس ناشی از تنش های خارج از خانه و محیط پیرامون و کمبود حمایت

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

های اجتماعی، می توان به سازگاری اجتماعی پرداخت. ازاین روست که درمان شناختی-رفتاری سبب بالا بردن یازش اجتماعی در بیماران مبتلا به MS می گردد.

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیر راهبردهای مقابله ای شناختی فعال، رفتاری، اجتنابی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده شده که می توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله ای شناختی فعال، رفتاری، اجتنابی بیماران ms شهر تهران موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهشهای محمودی و همکاران (۱۳۹۵) همراستا می باشد. در تبیین یافته می توان گفت آموزش تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مهارت آموزی، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از رفتارهای پر اسارس مؤثر است. مقابله یکی از متغییرهایی است که می تواند سلامت رفتار را پیش بینی کند. به نظر میرسدکه رمز موفقیت درمان شناختی- رفتاری این باشد که این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آنها تاکید می کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارو درمانی نمی توان انجام داد و لازم است بر روی درمانهای شناختی- رفتاری تأکید شود. بسیاری از بیماران تحت درمان قرار می گیرند و از درمان شناختی-رفتاری استفاده کرده و دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانده اند ممکن است در موقعیتهای پرخطر دچار لغزش می شوند. با توجه به نتایج تحقیقاتی مانند پژوهش ویتالینو و کاتون که با انجام فراتحلیلی روی ۸۴ مقاله پیرامون مبتلایان MS دریافتند که مبتلایان، سطوح بالایی از استرس را تجربه می کنند. آنان مداخلات روانپزشکی و روانشناسی را برای شناسایی نشانگان استرس در آنان لازم دانسته و آموزش مدیریت استرس به مراقبان را توصیه کردند. همچنین ویلکس و همکاران (۲۰۱۵) طی تحقیق خود دریافتند استفاده از راهبردهای مقابله سازگار مراقب در مقابلِ پرخاشگری های بیمار، انعطاف پذیری وی را افزایش می دهد و استفاده از راهبردهای مقابل های ناسازگار در مقابل پرخاشگری بیمار مانند پرخاشگری متقابل یا راهبردهای اجتنابی، انعطاف پذیری وی را کاهش می دهد. تاکنون با وجود توصیه دانشمندان و محققان، پژوهشی پیرامون بررسی تأثیر مداخلات روانشناسی به منظور تغییر راهبردهای مقابله ای مبتلایان به MS صورت نگرفته است و این پژوهش برای نخستی نبار با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر تغییر راهبردهای مقابله ای مبتلایان به MS صورت گرفت.

این پژوهش در راستای اهداف خود با محدودیتهایی مواجه بوده است. از جمله این محدودیتها استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای بررسی متغیرهای پژوهش می باشد. همچنین با توجه به ماهیت مطالعه موردی و حجم نمونه کم، چنین روش پژوهشی در تعمیم یافته ها با مشکلاتی مواجه است، به همین دلیل لازم است در تعمیم یافته های پژوهش احتیاط لازم صورت گیرد. استفاده از زنها در این پژوهش، لحاظ کردن احتیاط لازم را در تعمیم نتایج به مردها ضروری می کند. بر اساس یافته ها و دست آوردهای پژوهش حاضر و همچنین محدودیتهایی که ذکر شد، پیشنهاد میشود، مطالعات پیگیری بیشتری برای بررسی نتایج بعد از اتمام دوره درمانی انجام گیرد. به علت تفاوت زنان و مردان در سازگاری با بیماری و شیوع افسردگی توصیه می شود، این پژوهش بر نمونه مردان نیز انجام شود.

منابع

جلالی نژاد. راضیه. عابدی، احمد. (۱۳۹۲). رواسازی وتعیین پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور، شی‌یر و وینتراب برای دانشجویان (هنجاریابی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای). *فصلنامه پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۳(۲): ۵۴-۴۱.

سلیمانی، اسماعیل. تاج الدین، امرا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر خستگی بر ابعاد خستگی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه ی موردی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۲)، ۲۱-۱۳.

سهرابیان، طاهره. (۱۳۸۹)، *بررسی تاثیر نگرش مذهبی بر سازگاری فردی و اجتماعی دانش آموزان دبیرستانی استان لرستان*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء ، دانشکده روان شناسی.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

شریفی، مرتضی. (۱۳۹۶). *رابطه سن ورود به مدرسه با عملکرد تحصیلی و سازگاری عاطفی و اجتماعی دانش آموزان پایه اول مدارس ابتدایی شهر اهواز*، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان خوزستان.

غضنفری، فیروزه؛ قدم پور، عزت الله. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و بهداشت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳۷)، ۴۷-۵۴.

قزلسفلو، مهدی. سعادتی، نادره. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری آسیب محور بر سازش یافتگی پس از طلاق زنان مطلقه ساکن شهر تهران، *فصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی سازی خانواده*، ۴(۲): ۱۰۶-۸۹

کج باف، محمد باقر؛ رفیعی، رسول؛ عریضی سامانی، سید حمید رضا؛ (۱۳۸۴). هنجاریابی مقیاس رفتاری سازشی لمبرت در دانش آموزان استثنایی ۱۳-۱۰ ساله پسر و دختر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۹(۲۴): ۱۱۸-۱۰۱

محمود علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب؛ و بیات، احمد. (۱۳۹۵). پیش‌بینی اختلالات هیجانی مرتبط با اضطراب نوجوانان براساس تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای و نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۷(۲۵): ۱۲۸-۱۰۷.

محمودی معصومه، محمدخانی پروانه، غباری بناب باقر، باقری فریبرز. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله با استرس در خویشاوندان مراقبت‌کننده مبتلایان به آلزایمر. سالمند: *مجله سالمندی ایران*. ۱۱ (۱) :۲۰۱-۱۹۰

منصور، محمود. (۱۳۸۷). *روانشناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری*. تهران. انتشارات سمت.

واقعی، سعید. سالارحاجی، اعظم. رضایی، امیر. مظلوم، رضا. (۱۳۹۶). ارتباط خود متمایزسازی با راهبردهای مقابله با استرس و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، *مجله طنین سلامت*. ۵(۱): ۱۷-۲۵.

ولی زاده، ثریا. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی آزمون سازش یافتگی تحصیلی برای دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۱۲(۴۶): ۱۸۷-۱۹۲.

Bothelius, K., Kyhle, K., Espie, C. A., & Broman, J. (2013). Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: A randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Sleep Research*, 22(6), 688-606

Brunner, L.S., & Suddurth, D.S. (2006). *Textbook of medical surgical nursing* . Eighth ed . Philadelphia : J.BLippincott Co.

Gesell, A. (2013*). Maturation and patterning of behavior. In: Murchison C*. A handbook of psychology, Worchester, Ma: Clark university press, 798–844.

Lepore S, Revenson A. (2007). Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and personality psychology compass*; 1: 110-21.

Maissi E, Thomas S, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J, et al. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and motivational interviewing for people with Type 1 diabetes mellitus with persistent sub optimal glycaemic control: A Diabetes and Psychological Therapies (ADaPT) study. *Health Technol Assessment*; 14(22).

Merkelbach S, Sittinger H, (2002). Is there a differential impact of Fatigue and physical disability on quality of life in Multiple Sclerosis? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(6):13-22.

Moradia A, Pishvab N, Ehsana HB, Hadadia P, pouladia F. (2011). The Relationship Between Coping Strategies and Emotional Intelligence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*.30:748-51

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

Moss-Morris R. Dennison L. Landau S. Yardley L. Silber E .Chalder T. (2013). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy(CBT) for adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 81(2), 251-62.

Ongider,N. (2013) .Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in Divorced Women for Depression, Anxiety and Loneliness symptoms: A pilot study. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2 (3),* 147-155.

Pugliatti M, Rosati G, Carton H, Riise T, Drulovic J, Vecsei L, Milano I. (2016). The epidemiology of multiple sclerosis in Europe. Review Article, *European Journal of Neurology*. 13: 700–22.

Reed-Victor, E. (2003). Individual differences and early school adjustment: Teacher appraisals of young children with special needs. *Early Child Development and Care, 174*, 59-79.

Sittinger H, Koenig J.(2012). Is there a differential impact of Fatigue and physical disability on quality of life in Multiple Sclerosis? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(6):13-22.

Terziev, V. (2018). *Studying Different Aspects of Social Adaptation*. University of Ruse; Georgi Rakovski Military Academy, Sofia, Bulgaria, 1-10.

Van Kessel k. Moss-Morris R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosomatic Medicine*. 70(2): 205-13.

Ye, Y., Zhang, Y., Chen, J., et al. (2015). Internet-Based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and Depression—A MetaAnalysis of Randomized controlled trials. *plos one,* 10(11), 141-149.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۵، شماره ۹ ، تابستان سال ۹۹

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social adjustment and coping strategies in MS patients in Tehran

Nir Mofidi Tabatbaei

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social adjustment and coping strategies in MS patients in Tehran. Method: According to the research subject and objectives, the research method was quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population of the study consisted of all patients with MS who referred to the clinics of Imam Khomeini Hospital in Tehran during 1998-1999. A sample of 40 female MS patients in Tehran who were selected by random sampling and then randomly assigned to either experimental (n = 20) and control (n = 20) groups. The research tools were Blinksmus Coping Strategies Questionnaire (1981) and Lambert's Adaptive Behavior Questionnaire (1974). The Hatami Cognitive Behavioral Therapy Training Package also included a 10-session program that was given to the experimental group for two months. Data analysis method was covariance analysis using SPSS software. Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy was effective on social adjustment of MS patients in Tehran ($p < 0.001$). And cognitive-behavioral therapy is effective on coping strategies in MS patients in Tehran ($p < 0.001$). Conclusion: It can be concluded that continuous intervention of cognitive-behavioral therapy program can improve social adjustment status and coping strategies in MS patients.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Social adjustment, Coping strategies, ms

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-13]