

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتنگی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS) شهر تهران

نیر مفیدی طباطبایی^۱

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتنگی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای 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 کواریانس بود که با استفاده از نرم‌افزار spss انجام گرفت. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر سازش یافتنگی اجتماعی بیماران MS شهر تهران موثر است ($p < 0.01$). و درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای بیماران MS شهر تهران موثر است ($p < 0.01$). نتیجه‌گیری: می‌توان نتجه گرفت با مداخله مداوم برنامه درمان شناختی-رفتاری می‌توان موجب بهبود وضعیت سازش یافتنگی اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران MS شد.

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

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



مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام. اس) یک بیماری مزمن و ناتوان کننده با پیامدهای اقتصادی و اجتماعی قابل توجه می‌باشد. هزینه‌های اجتماعی مرتبط با ام. اس به دلیل طول مدت زیاد، از دست دادن زودهنگام بازدهی، نیاز به مساعدت در فعالیتهای روزمره و درمانهای تعديل کننده‌ی ایمنی و مراقبتهای سالمتی چندنظامی بسیار بالاست (پوگلیاتی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

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

استرس و خستگی ناشی از آن یکی از نشانه‌های شایع این بیماری به شمار می‌رود. بیش از ۹۸ درصد بیماران مبتلا به ام. اس، استرس شدید و به همراه آن خستگی مفرط را تجربه می‌کنند و ۴۸ تا ۷۸ درصد آنها این مشکل را بدترین علامت بیماری معرفی می‌کنند که به شدت بر فعالیت، عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد (مرکلچ و استینگر، ۲۰۰۲).

شیوه‌های 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 می‌شوند که نیاز به تلاش فیزیکی و روانی دارد (محمد علیلو، خانجانی و بیات، ۱۳۹۵). به عبارت دیگر، راهبردهای مقابله‌ای شامل مهارت‌ها و راهبردهایی است که افراد برای تغییر مسئله یا نظام بخشیدن به پاسخهای هیجانی هنگام تجربه عامل تنیدگی را به کار می‌برند. 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 مسئله کاهش می‌یابد و افراد به تبع آن با راهبردهای منطقی با قضیه برخورد می‌کنند و هیچ نیازی به مواجهه شدید و احساسی با قضیه نمی‌بینند (واقعی و همکاران، ۱۳۹۶). راهبردهایی که فرد برای مقابله برمی‌گزیند بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به شمار می‌رود. کاربرد راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، درحالی که کاربرد راهبردهای درست مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای سودمندی درپی داشته باشد (مرادیا، پیشوab و احسانا، ۲۰۱۱). غضنفری و قدم پور (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای به طور متفاوتی واریانس متغیرهای اضطراب، آسیب جسمانی، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی که از مؤلفه‌های سلامت روانی هستند را به صورت معناداری تبیین می‌کنند.

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 می‌کند سازش داشته باشد. بدین ترتیب، پیش شرط زندگی بدون استرس می‌تواند سازش باشد. در نظام پیازه^۳ 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 می‌رسد 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,



فراوانی بر رفتار فرد دارد. همچنین انسان موجودی انعطاف پذیر است. او نه تنها با محیط سازگار می‌شود؛ بلکه محیط را بر طبق خواسته‌های خود دگرگون می‌کند (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 می‌زند. هر انسان هوشیارانه یا ناهوشیارانه می‌کشد، نیازهای متعدد و گاه معارض خود را در محیطی که در آن زندگی می‌کند، برآورده سازد. در شکل گیری سازش یافتگی اجتماعی عواملی چون شیوه‌های تربیتی، عوامل آموزشگاهی، ارزش‌ها و اعتقادات حاکم، گروه همسالان، خانواده و آموزش و پرورش مؤثر است (سهرابیان، ۱۳۸۹). سازش یافتگی اجتماعی^۱ معمولاً در اصطلاحات نقش‌های اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش‌های متعدد مفهوم سازی شده است (گسل^۲، ۲۰۱۳). میزان سازش یافتگی به دو عامل بستگی دارد: نخست ویژگی‌های شخصی مانند بازخوردها، مهارت‌ها و شرایط جسمانی و دوم، ماهیت‌هایی که با آن مواجه می‌شود مانند مشکلات خانوادگی، حوادث ناگهانی و طبیعی (ولی‌زاده، ۱۳۹۰). معمولاً دانش‌آموزان عادی نسبت به دانش آموزان تیزهوش ممکن است سعی کنند تا از رویدادهایی که باعث ناراحتی و تفاوت بین آنها می‌شود، اجتناب کنند، چرا که اینها باعث مشکلات روحی و روانی و یادآور عدم اعتماد بنفس می‌شوند، در نتیجه در نبود حمایت اجتماعی کافی سازش یافتگی فرد با محیط مختلف می‌شود (ترزیف^۳، ۲۰۱۸). عدم سازش یافتگی اجتماعی ممکن است افراد را منزوی کرده و بر عزت نفس^۴ آنها اثر گذاشته و فعالیت‌های اجتماعی آنان را محدود سازد و حتی برخی از آنان از صحبت کردن با دیگران اجتناب می‌ورزنند (لپور^۵، ۲۰۰۷).

درمان شناختی - رفتاری از جمله مداخلاتی است که در سال‌های اخیر در درمان بیماری‌های مزمن پژوهشی همچون ام اس به کار گرفته شده است (مائیسی^۶ و همکاران، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری یک رویکرد غیردارویی است که می‌تواند به عنوان یک گزینه‌ی درمانی در کمک به کاهش خستگی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (بودلیوس^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). این رویکرد به افراد کمک می‌کند تا به این امر توجه کنند که چگونه اتفاقاتی که برایشان رخ می‌دهد را ارزیابی می‌کنند و چگونه این ارزیابی‌هایشان بر تجارب‌شان تاثیر می‌گذارد (بی، یانگ و چن^۸، 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^۹، 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 می‌باشد و اثر آن نیز از آموزش آرام سازی بیشتر بود (موس ماری و ندیسون، ۲۰۱۳). همچنین نتایج پژوهش سلیمانی و تاج‌الدین (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 مقابله‌ای 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



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 گروه‌ها (گروه آزمایشی و کنترل) 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 درمانگاه‌های 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 پژوهش نیز پرسشنامه بوده که بدین شرح بوده.

پرسشنامه رفتار سازشی^۱ لامبرت (۱۹۷۴): این پرسشنامه که در سال ۱۹۷۴ در آمریکا به وسیله لامبرت، ویند، میلر و نیگوروا^۲ برای استفاده در مورد دانش آموزان ۷ تا ۱۳ ساله طراحی شده است، توسط شنهی بیلاق در سال ۱۳۷۱ ترجمه و بر روی ۱۵۰۰ دانش آموز دختر و پسر مقطع دبستانی شهر اهواز هنجریابی 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 ویژگی‌های تحول یافته اجتماعی در کودک را می‌سنجد. 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 می‌گیرد و برای هر آزمودنی نمرات با هم جمع می‌شوند. آلفای کرونباخ سازش اجتماعی در پژوهش کج باف و همکاران (۱۳۸۴) به میزان ۰/۸۹ می‌باشد که بیانگر همسانی درونی مطلوب آن است.

پرسشنامه پاسخهای مقابله^۳ بلینگر و موس (۱۹۸۱): این پرسشنامه بوسیله بلینگر و موس (۱۹۸۱) تدوین شده است. شامل ۱۹ آیتم می‌باشد بر اساس بررسی‌های بلینگر و موس از طریق روش تحلیل محتوا، جملات این پرسش نامه به سه دسته تقسیم می‌شوند که شامل پاسخهای مقابله شناختی فعال با ۶ جمله، پاسخهای مقابله رفتاری با ۶ جمله و پاسخهای مقابله اجتنابی با ۷ جمله می‌باشد. از طرف دیگر، این پرسش نامه دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مساله با ۸ جمله و مقابله متمرکز بر هیجان را با ۱۱ جمله را در بر می‌گیرد. آزمودنی می‌باشد که از جملات که نوعی پاسخ مقابله محسوب می‌شود با صورت بله یا خیر پاسخ دهد به منظور استفاده دقیق تر از این ابزار یک مقیاس ۵ گزینه‌ای شامل هرگز، بندرت، گاهگاهی، اغلب و همیشه استفاده شد و آزمودنی بر اساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند نمره‌های بین ۱ تا ۵ می‌گیرد. جلالی نژاد و عابدی (۱۳۹۲) پایابی پرسشنامه را با روش تصنیف و استفاده از فرمول تصحیح اسپرمن برآون محاسبه کرد و ضریب پایابی ۰/۷۸ محاسبه شد. میزان ضریب آلفای این مقیاس در پژوهش حاضر با ۰/۵۶ محاسبه گردید.

برای انتخاب نمونه ابتدا بر اساس هماهنگی محقق با درمانگاه‌های مرکز تحقیقات بیماریهای مغزوعصاب 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 پرسشنامه‌های 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 پرسشنامه‌ها مذکور در اختیار هر دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. به منظور جمع آوری صحیح اطلاعات از آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های افرادی که با بی میلی در این مطالعه شرکت کردند یا به کلیه سوال‌ها 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 متغیرهای ذکر شده در فرم مشخصات فردی پرسشنامه آنها را با گروه اول همگن کرده و سپس پرسشنامه‌های تحقیق پر شدند.

¹ Adaptive Behavior Inventory for Children (ABIC)

² Lambert, wind, Miller & Nygora

³ Coping Responses Inventory



برنامه درمان شناختی-رفتاری

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

جلسه دوم: افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت اول): بررسی محاسن ارتباط با دیگران و انجام کار گروهی در مقایسه با انجام کار به تنها‌یابی، تقویت نقش و جایگه مهم افراد در فعالت‌های گروهی، تقسیم کار و تسهیل امور در کار‌های محل زندگی، پرداختن به فعالیت انتخابی در جلسه.

جلسه سوم: افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی و گروهی (قسمت دوم): تقویت و آموزش مهارت‌های ارتباطی کلامی و غیر کلامی مثل گوش دادن و نحوه‌ی درخواست محترمانه از دیگران، رعایت کردن حقوق دیگران خصوصاً در محل زندگی مشترک، پرداختن فعالیت انتخابی.

جلسه چهارم: افزایش مهارت خودآگاهی (قسمت اول): شناخت ویژگی‌های جسمانی و عقلانی هر فرد، بررسی تفاوت‌های ظاهری مراجعین از نظر ویژگی‌های ظاهری (مثل رنگ مو، چشم، رنگ پوستو...) در جهت تقویت باور به نظری بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی.

جلسه پنجم: افزایش مهارت‌های خودآگاهی (قسمت دوم): شامل بررسی و تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت هر مراجع در مقایسه با گذشته خود و با هدف تقویت احساس ارزشمندی او، پرهیز از خود گویی‌های منفی و بررسی نقش آنها در احساس نالمیدی، استفاده از آموزش روش بازسازی شناختی ABC در تعیین تفاوت تلفیق‌های منفی در مقایسه با خود گویی‌های مثبت و اثر آن در احساس مراجع، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی.

جلسه ششم: افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت اول): کمک به کودکان در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم و حالت‌های چهره‌ای و غیر کلامی آنها، لزوم بیان تجربه هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجان‌های مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه‌های بعد، پرداختن به فعالیت‌های انتخابی.

جلسه هفتم: افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت دوم): مرور تجربه هیجانی مراجع در طول هفته، بررسی نشانه‌ها و علل هیجان و خشم در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی ABC در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در عصبانیت، بهره‌گیری از خود گویی‌های مثبت در هنگام عصبانیت، پرداختن به فعالیت انتخابی.

جلسه هشتم: افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت سوم): بررسی نشانه‌ها 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 بهره‌گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام غم، پرداختن به فعالیت انتخابی.

جلسه نهم: افزایش مقابله با هیجان‌های منفی (قسمت چهارم): بررسی نشانه‌ها و علل هیجان ترس در افراد، استفاده از روش ABC در تشخیص علل و باورهای اشتباه و موثر در ترس و نرگانی، تعیین موضوعات ترس در هر یک از مراجعین، آموزش مهارت‌های 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 تصمیم‌گیری: شامل آشنایی مراجعین با تصمیم‌های روزانه در طول زندگی، اهمیت مشورت با افراد قابل اعتماد در تصمیم‌گیری..

یافته‌ها

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



دوره ۵، شماره ۹، تابستان سال ۹۹

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار سازش اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای

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

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود 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 کواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر سازش یافتگی اجتماعی در گروه‌ها

| متغیر | مجموع | درجه | میانگین | سطح معنی | F | اندازه اثر |
|-------|-------|------|---------|----------|---|------------|
|-------|-------|------|---------|----------|---|------------|

| مجدورات | آزادی | مجدورات | مجذورات | داری |
|----------|-------|---------|---------|-------------|
| ۸۹/۹۴۷ | ۱ | ۸۹/۹۴۷ | ۷۶/۵۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| ۶۵/۸۴۴ | ۱ | ۶۵/۸۴۴ | ۶۳/۳۵۵ | ۰/۰۰۱ |
| ۳۷ | ۳۷ | ۳۸/۴۵۳ | ۱/۰۳۹ | |
| ۵۲۷۶/۰۰۰ | ۴۰ | | | |
| ۱۶۸/۴۰۰ | ۳۹ | | | اصلاح مجموع |

جدول فوق مقدار F تاثیر کواریانس را در متغیر سازش یافتنگی 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 یافتنگی اجتماعی بیماران ms شهر تهران موثر است با میزان اثر ۶۳ درصد که به نسبت قابل قبول می باشد.

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

| متغیر | مجموع مجذورات آزادی | 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 | ۴۰ | | | | |
| | ۲۰۶۰۷ | | | | | |
| اصلاح مجموع | ۵۸۱/۳۵۷ | ۳۹ | | | | |

جدول فوق مقدار F تاثیر کواریانس 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 همپرash 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 کواریانس و میزان اثر برنامه مداخله بر راهبردهای مقابله ای رفتاری در گروه ها

| متغیر | مجموع مجذورات آزادی | 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 | ۴۰ | | | | |
| | ۲۲۴۱۰ | | | | | |
| اصلاح مجموع | ۴۱۳/۹۰۰ | ۳۹ | | | | |

جدول فوق مقدار F تاثیر کواریانس 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 همپرash 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.

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

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

جدول فوق مقدار F تاثیر کواریانس 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 دار 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) هم راستا می باشد. در تبیین یافته می توان گفت افراد مبتلا به ms باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجراء 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 تشديد و شروع حملات بیماری را نشان دهد. تغییر روش زندگی و آگاهی از عوارض کوتاه مدت و بلندمدت بیماری موجب فعل شدن نشانه های افسردگی در بیماران می شود که همین عامل موجب بروز ناسازگاری می شود. به طور کلی بیماران ام. اس احتمالا به دلیل شرایط نامطلوب جسمانی که دارند، خود را دوست نداشتند و منفی ارزیابی می کنند. به نظر میرسد بیماران ام. اس از لحاظ هیجانی به شدت تحت تأثیر 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 خلقي کارامد و استفاده از فعالیت های مغایر با حالت های خلقي موجود و یادآوری گذرا بودن حالت خلقي و استعاده از شیوه های آرمیدگی به منظور مقابله با استرس ناشی از تنש های خارج از خانه و محیط پیرامون و کمبود حمایت



های اجتماعی، می‌توان به سازگاری اجتماعی پرداخت. از این روست که درمان شناختی-رفتاری سبب بالا بردن یازش اجتماعی در بیماران مبتلا به MS می‌گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین گروه آزمایش و گواه در متغیر راهبردهای مقابله‌ای شناختی فعال، رفتاری، اجتنابی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده شده که می‌توان گفت درمان شناختی-رفتاری بر راهبردهای مقابله‌ای شناختی فعال، رفتاری، اجتنابی بیماران ms شهر تهران موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمودی و همکاران (۱۳۹۵) همراستا می‌باشد. در تبیین یافته می‌توان گفت آموزش تکالیفی همچون تحلیل کارکرده، مهارت آموزی، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از رفتارهای پر اسارس مؤثر است. مقابله یکی از متغیرهایی است که می‌تواند سلامت رفتار را پیش بینی کند. به نظر میرسد که رمز موفقیت درمان شناختی-رفتاری این باشد که این درمان بر شناسایی خطاها شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آنها تاکید می‌کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارو درمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است بر روی درمانهای شناختی-رفتاری تأکید شود. بسیاری از بیماران تحت درمان قرار می‌گیرند و از درمان شناختی-رفتاری استفاده کرده و دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانده اند ممکن است در موقعیتهای پرخطر دچار لغزش می‌شوند. با توجه به نتایج تحقیقاتی مانند پژوهش ویتلینو و کاتون که با انجام فراتحلیلی روی ۸۴ مقاله پیرامون مبتلایان MS دریافتند که مبتلایان، سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند. 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 مقابل پرخاشگری های بیمار، انعطاف پذیری وی را افزایش می‌دهد و استفاده از راهبردهای مقابله های ناسازگار در مقابل پرخاشگری بیمار مانند پرخاشگری متقابل یا راهبردهای اجتنابی، انعطاف پذیری وی را کاهش می‌دهد. 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 می‌باشد. همچنین با توجه به ماهیت مطالعه موردي و حجم نمونه کم، چنین روش پژوهشی در تعیین یافته‌ها با مشکلاتی مواجه است، به همین دلیل لازم است در تعیین یافته‌های پژوهش احتیاط لازم صورت گیرد. استفاده از زنها در این پژوهش، لحاظ کردن احتیاط لازم را در تعیین نتایج به مردها ضروری می‌کند. بر اساس یافته‌ها 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 می‌شود، این پژوهش بر نمونه مردان نیز انجام شود.

منابع

- جلالی نژاد. راضیه. عابدی، احمد. (۱۳۹۲). رواسازی و تعیین پایایی و ساختار عاملی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای کارور، شییر و وینتراب برای دانشجویان (هنجاریابی پرسشنامه ترجیح اعمال مقابله‌ای). *فصلنامه پژوهش‌های 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 موردي. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲۸(۲)، ۲۱-۱۳.
- سهرابیان، طاهره. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر نگرش مذهبی بر سازگاری فردی و اجتماعی دانش آموزان دبیرستانی استان لرستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، دانشکده روان شناسی.



شیریفی، 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.

قریسلفو، مهدی. سعادتی، نادره. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری آسیب محور بر سازش یافته‌گی 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)، ۱۰۱-۱۱۸.

محمد 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)، ۱۰۷-۱۲۸.

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

منصور، محمود. (۱۳۸۷). *روانشناسی ژنتیک تحول روانی از تولد تا پیری*. تهران. انتشارات سمت.
واقعی، سعید. سalar حاجی، اعظم. رضایی، امیر. مظلوم، رضا. (۱۳۹۶). ارتباط خود متمایزسازی با راهبردهای مقابله با استرس و خودکشی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقي، *مجله طب نفسي سلامت*، ۱۵(۱)، ۱۷-۲۵.

ولی زاده، ثریا. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی آزمون سازش یافته‌گی 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, Worcester, 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, pouladnia F. (2011). The Relationship Between Coping Strategies and Emotional Intelligence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*.30:748-51



- 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.



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

Nir Mofidi Tabatabaei

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