

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر ادراک درد، در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

فرشته رضایی نسب*

احمد برجعلی**، محمد حسین تقدیسی***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر ادراک درد زنان مبتلا به ام اس بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه مداخله، ۱۵ نفر گروه کنترل) از زنان مبتلا به ام اس بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه ادراک درد McGill (۱۹۸۳) پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و بعد از اتمام جلسات، پس‌آزمون و پس از یک ماه، پیگیری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری گروهی به کاهش ادراک درد در این گروه از زنان کمک کرده است.

کلیدواژه‌ها: ادراک درد، درمان شناختی رفتاری، مولتیپل اسکلروزیس

* دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، rezaeiasab52@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران (نویسنده مسئول)، borjiali@atu.ac.ir

*** دانشیار گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، taghdisi.mh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۰۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۳

۱. مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (multiple sclerosis)، نوعی بیماری پیشرونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است. (Fischer, 2011: 4/217-29). بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است که در آن واکنش‌های ایمنی به میلین غلاف آکسون‌ها در سیستم اعصاب مرکزی مغز و نخاع آسیب می‌رساند. (Noseworthy, 2000; 343/938-952). بیماری ام اس یک بیماری مزمن است و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی زیادی نیز روبرو می‌شوند که این عوامل روانی متقابلاً بیماری آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهد. (لماستر Lemaistre، ۱۹۹۹). بعضی از شایع‌ترین علائم جسمانی زودرس و اولیه این بیماری عبارتند از اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیاری ادرار، ضعف و ... به غیر از این مشکلات جسمی از بین رفتن میلین سلول‌های عصبی معمولاً منجر به مشکلات روحی و روانی از جمله افسردگی و ناامیدی می‌شود. متخصصین اظهار می‌دارند که حدود ۴۰ درصد بیماران از مشکلات خفیف روحی و روانی رنج MS مبتلا به می‌برند و حدود ۱۰ درصد هم مشکلات متوسط و شدید دارند. (عمرانی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۲/۵۸-۶۵). علت آن نامعلوم است، اما مطالعات بر عفونت ویروسی و اختلالات سیستم ایمنی متمرکز بوده‌اند. (سادوک sadock، ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱). بیماری MS اغلب در افرادی ایجاد می‌شود که در عرض‌های جغرافیای شمالی زندگی می‌کنند. (Rapaport, 2012:79:47-9). این بیماری از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک است که بیشتر در جوانان بالغ و در زنان به میزان ۲ الی ۳ برابر بیشتر از مردان بروز می‌کند. به نظر می‌رسد که زنان در سنین باروری آسیب پذیرترین افراد در برابر این بیماری باشند. (بیزوکو Bizzoco et al, 2009: 256/1891-8). انجمن ملی ام اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۱/۲ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند. (ماس موریس Moss-Morris, 2012: 50/415-21). طبق گزارش انجمن ام اس ایران حدود ۴۰ هزار بیمار در کشور وجود دارد که ۱۶۰۰۰ نفر آنان در انجمن ام اس پرونده دارند. این بیماری اغلب در سنین ۲۰-۴۰ سالگی رخ می‌دهد و سومین علت ناتوانی در آمریکا است. (فرهنگ، ۱۳۹۰). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد که فرد بیشترین مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی را بر عهده دارد. پیش‌آگهی این بیماری نامعلوم است و بیماران انواع علائم متغیر جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند. این بیماری می‌تواند باعث ایجاد علائم و اختلالات خلقی و روانی ناشی از مزمن

بودن ماهیت بیماری و نداشتن پیش‌آگهی قطعی در بیمار گردد. این علائم ممکن است در نتیجه تأثیر مستقیم التهاب و دمی‌لینه شدن اعصاب و یا ناشی از تأثیرات روانی بیماری مزمن و غیرقابل پیش‌بینی مولتیپل اسکلروزیس باشد. تظاهرات روانی این بیماری شامل اضطراب، استرس، افسردگی، اختلالات شناختی، تحریک‌پذیری و عصبانیت می‌باشند. (مک کیب ۲۰۰۵: ۵۹/۱۶۱-۶۶). همچنین افرادی که علائم شدیدتری را تجربه می‌کنند نسبت به افرادی که علائم بیماری آن‌ها خفیف‌تر است تنش‌زاهای بیشتری را گزارش می‌کنند. (کروئک Kroencke و دنی Denney، ۱۹۹۹، به نقل از اورکی و سامی، ۱۳۹۵: ۱۸/۴-۶). درد یک علامت بسیار شایع در ام‌اس می‌باشد. از هر دو نفر یک نفر از درد رنج می‌برد. البته نمی‌توان درد را به عنوان یک اصل برای اثبات ام‌اس تلقی کرد (پریزتری Prasertsri و همکاران، ۲۰۱۱، به نقل از قاسمی و همکاران، ۱۳۹۵: ۸۶/۵-۷۰). درد در این بیماران ممکن است به علت آسیب به اعصاب، تخریب غشای عصبی فیبرهای درد، ضعف، اسپاسم، عدم هماهنگی عضلات و استخوان‌ها و یا ناشی از اثر درمان‌های ارائه شده باشد که در کل بدن و به صورت مزمن تجربه می‌شود (اشملتزر Smeltzer, 2010:12). دردهای عصبی نتیجه مستقیم بیماری هستند که به سیستم اعصاب مرکزی مربوط می‌شود. ۶۰ درصد از دردهای ام‌اس از این نوعند. دردهای عصبی دو نوعند: ۱- دردهای بسیار شدید که در شرایط خاص ظاهر می‌شوند. ۲- دردهای عصبی مستمر که دائمی اما با شدت کمتر هستند. سایر دردها عبارتند از دردی که به انقباض شدید عضلات شبیه است، دردهای شدید سطحی یا سوزشی، دردهای ثانویه مثل کمردرد و... (حمزه پورحقیقی و همکاران، ۱۳۹۴: ۵۷-۴۵/۲۰). درد می‌تواند خیلی زودتر از موعد حادث شود. عوامل روانشناختی متعددی وجود دارند که بر شدت درد تجربه شده از سوی بیمار، میزان از کارافتادگی ناشی از اختلال، نحوه سازگاری فرد با این اختلال و کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارند. (پریزتری Prasertsri و همکاران، ۲۰۱۱، به نقل از قاسمی و همکاران، ۱۳۹۵) ادراک درد عبارت است از نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران درباره درد. همچنین تحریف‌های شناختی همچون فاجعه‌آفرینی، احساس درماندگی، ارزیابی بیماران از درد و میزان کنترل بر آن، تفسیر آن‌ها از درد و پیامدهای آن و بطور کلی نظام شناختی و باورهای مرتبط با درد با ادراک درد ارتباط دارد (Gatchel & Turk, 2013: 10/299-312). درد ممکن است منشا جسمی یا ذهنی، عضوی یا کارکردی و طبی یا

روانی داشته باشد. درد مزمن معمولاً با افسردگی، محیط اجتماعی فقیر، محیط غیر بهداشتی خانواده در ارتباط است و می‌تواند بر روی درمان‌های جسمانی موثر باشد. لذا پیش‌نیاز درمان‌های جسمانی درد مزمن می‌تواند درمان عاطفی و دیگر مشکلات روانشناختی باشد. تظاهرات بالینی بیماری MS نقش مهمی در سازگاری فرد با بیماری ایفاء می‌کند. به همین جهت مداخلات روان‌درمانی که این تظاهرات را مورد هدف قرار می‌دهند می‌توانند به سازگاری فرد با این بیماری کمک کند. (Jopson & Moss, 2003; 511-503: 54). اعتقاد بر اینست که درمان‌های گروهی در بیشتر اختلال‌های روانی مؤثر است چرا که بیماران، در گروه احساس قدرت می‌کنند و اعتماد به نفسشان بالا می‌رود. یکی از این روش‌های درمانی، رفتاردرمانی شناختی است. بر اساس این دیدگاه، تجارب افراد به تشکیل فرض‌ها و یا طرحواره‌هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این طرحواره‌هایی فرضی بر سازمان‌بندی ادراکی و کنترل ارزیابی رفتار تأثیر می‌گذارد. (Robertson, 2010: 176-90). روش‌های شناختی - رفتاری برعکس سایر شکل‌های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات - که در تمامی اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند سر و کار دارد و شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش‌های صرفاً رفتاری و روان‌درمانی‌های پویا احساس می‌کنند، پر می‌سازد (کاظمی - نژاد، ۱۳۸۹). طبق این دیدگاه فرض می‌شود که هیجان‌ات و رفتارهای فرد تحت تأثیر ادراک آن‌ها از حوادث قرار می‌گیرد و این خود موقعیت نیست که احساس افراد را مشخص می‌کند. در این مدل درمانی هدف، عوض کردن افکار و معانی اختصاصی است و تکالیف رفتاری به این منظور به مراجع داده می‌شوند که شواهدی برای افکار خودآیند منفی پیدا کند (Atkinson et al, 2000: 13). درمان شناختی رفتاری در مدیریت درد مزمن درمانی بسیار کاربردی است و اغلب بیماران را ترغیب می‌کند تا از لحاظ جسمی فعالتر باشند (Nash et al, 2013: 14/236-243). هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی‌های مثبت و سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (Wenzel, 2017: 40: 597-609). درمان شناختی رفتاری نوعی رفتاردرمانی به وجود آمده در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی و منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (عاشوری، ۱۳۹۴: ۳/ ۷۹-۷۱). در گروه درمانی شناختی هدف این است که هر یک از اعضا به یک تغییر عمیق فلسفی در خود برسند یعنی واقعیت را،

هر چند هم دوست ندارند، بپذیرند، افکار جادویی خود را دور بریزند، و از به کار بردن تعبیرهایی مانند: وحشتناک یا فاجعه‌آمیز برای مشکلات و ناکامی‌های زندگی خود برای همیشه پرهیز کنند. عمدتاً درمان براساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر، کمک به مراجع است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مسائل جاری، بلکه برای مسائل مشابه آنها در آینده در خود رشد دهد. همچنین یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این نوع درمان، این است که به صورت گروهی برای افراد به کار ببریم. گروه درمانی شناختی رفتاری بر ابعاد شناختی و رفتاری و براندیشیدن، قضاوت، تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل تأکید دارد و دارای ویژگی‌های منطقی، تفسیری، مستقیم، متقاعدکننده و فلسفی است (شریفیان، ۱۳۹۲: ۶۵۲/۲۴-۶۶۴). فرانسیس (Francis) و چن (Chen) در سال ۲۰۱۰ تأثیر آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی که هر دو از تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری می‌باشند را در کاهش دردهای مزمن بیماران مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد بعد از انجام تمرینات به مدت ۶ هفته کاهش درد ابراز شده است. حمزه‌پور حقیقی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداختند، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی با تأثیر بر افکار و باورهای ناکارآمد و سوگیری‌های شناختی بر کاهش میزان ادراک درد موثر است. در پژوهشی دیگر که توسط ماس موریس (Moss-Morris) و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام شد، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خستگی بیماران ام اس مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان دهنده کاهش معنادار خستگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود.

با توجه به اینکه افراد مبتلا به بیماری ام اس دارای مشکلات فراوانی در زمینه کنار آمدن با درد ناشی از بیماری، با مسائل روانشناختی و عاطفی که حتی تشدید کننده بیماری هستند، مواجه می‌باشند. همچنین از آنجا که MS یک بیماری خودایمنی است و وضعیت روانی فرد بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر می‌گذارد و در این بیماری درد پدیده شایعی می‌باشد که بر کیفیت زندگی و سلامت روان آنها تأثیر منفی می‌گذارد؛ لذا برای ارتقاء توانمندی آنها جهت مقابله کارآمد با ملزومات بیماری ام اس نیاز به مداخلات روانشناختی می‌باشد که احتمالاً روش درمان شناختی رفتاری موثر هست. شواهد پژوهشی تا اندازه‌ای به اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر علایم روانشناختی، کیفیت زندگی و... بیماران مبتلا به ام اس پی برده اند اما نمونه تحقیقاتی که به طور مشخصی به بررسی اثربخشی درمان

شناختی رفتاری بر ادراک درد در بیماران ام اس بپردازد، کمیاب می‌باشد بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال خواهد بود که آیا درمان شناختی رفتاری بر ادراک درد در بیماران ام اس موثر خواهد بود؟

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل است که شامل یک گروه مداخله و یک گروه کنترل بود. از آنجا که احتمال ابتلا به بیماری ام اس در زنان سه برابر مردان است، نمونه این پژوهش از بین زنان مبتلا به ام اس انتخاب شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به چند نفر از متخصصین مغز و اعصاب در شهر کرج بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به MS بود که به روش در دسترس و هدفمند بر اساس ملاکهای ورود به پژوهش و داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره متشکل از یک گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. یک گروه مداخله مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش گروهی رفتاردرمانی شناختی قرار گرفت، و گروه کنترل هم مداخله مذکور را دریافت نکرد. کلیه نمونه‌ها در ۳ مقطع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با فاصله دو ماه و ۳ ماه بعد پیگیری، پرسشنامه‌ی مربوطه را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که افراد نمونه پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت نمودند و از ذکر نام و نام خانوادگی خود در پرسشنامه‌ها معاف بودند و پرسشنامه‌ها با حروف اختصاری کدگذاری شد و در یکی از کلینیک‌های روانشناختی شهر کرج در جلسات حضور پیدا کردند. همچنین ملاک‌های ورود عبارت بودند از: داشتن سن ۲۰-۴۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، توانایی جسمی و روانی کافی برای نوشتن، حداقل ۶ ماه سابقه ابتلا به بیماری MS. و ملاک‌های خروج هم عبارت بودند از: شرکت همزمان در کارگاه یا کلاس آموزشی مرتبط با موضوع پژوهش، ابتلا به اختلالات حاد روحی و جسمی مثل: بیماری‌های ناتوان کننده قلبی، تنفس و بیماری افسردگی شدید، اسکیزوفرنیا، داشتن اختلال در تکلم یا شنوایی و سوء مصرف مواد.

۳. ابزار پژوهشی

۱.۳ پرسشنامه ادراک درد مک گیل (MPQ)

سنجش ابعاد درد به وسیله پرسشنامه درد مک گیل صورت خواهد گرفت که شامل بیست مجموعه کلمه است که دربرگیرنده چهار بُعد حسی (مجموعه یک تا ده)، بُعد عاطفی (مجموعه ۱۱ تا ۱۵)، بُعد ارزیابی درد (مجموعه ۱۶) و دردهای گوناگون (مجموعه ۱۷ تا ۲۰) است. پرسشنامه درد مک گیل کاربردی ترین ابزار استاندارد سنجش درد مزمن است. (وصال و همکاران، ۲۰۱۵). این پرسشنامه شامل چهار بعد اصلی و ۲۰ زیر گروه و در مجموع ۷۸ کلمه است. در هر زیر گروه شدت درد از بالا به پایین افزایش می یابد، بنابراین پایین ترین کلمه بالاترین امتیاز را دارد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۸۵٪ و ضریب پایایی آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۸ محاسبه شد. خسروی، صدیقی، مرادی علمداری و زنده دل در سال ۱۳۹۱ به ترجمه، بومی سازی و بررسی پایایی پرسشنامه درد مک گیل به زبان فارسی پرداخته و بیان کرده اند که پرسشنامه فارسی درد مک گیل از انطباق فرهنگی و پایایی کافی برای استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی یک درد مزمن برخوردار است. در مطالعه آنها (نمونه = ۸۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی، ارزیابی-شناختی و متفرقه) بالای ۰/۸۰ محاسبه شد. (حمزه پور حقیقی، ۱۳۹۴). میزان آلفای کرونباخ تمامی متغیرهای این پژوهش بیشتر از مقدار معیار ۰/۷ است و میزان پایایی ادراک درد برابر با ۰/۹۱ است که نشان دهنده پایایی مناسب این مقیاس است.

آموزش ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر اساس پکیج درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (وایت White ترجمه رضا مولودی و کتایون فتاحی، ۲۰۱۱) مطابق جدول ۱ انجام شد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آشنایی با فرایند C.B.T، ارائه تکلیف، آشنایی بیماران با نوروپاتولوژی بیماری (MS)، انواع و علت بیماری، آشنایی با عوارض روانشناختی بیماری و رابطه سیستم عصبی ایمنی و روانی
دوم	مرور تکالیف، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه شناختی رفتاری، آشنایی اعضا با تعریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی و ارائه تکالیف و آموزش به بیماران درباره چگونگی روابط بین افکار، خلق، احساس‌های جسمی، رفتار و موقعیت با ذکر مثال‌هایی از بیماری (M.S)، آموزش به بیماران برای تشخیص و درجه بندی حالات خلقی خود و آموزش روانی درباره علائم روان شناختی شایع در

بیماران (M.S) برحسب منابع علمی و کسب آمادگی اولیه برای کنترل علائم	
مرور تکالیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضا گروه با مثلث شناختی منفی و خطاهای منطقی و ارائه تکالیف، توضیح منطق مهار اضطراب، توضیح منطق استفاده از آرام سازی جسمانی، عوارض محتمل-الوقوع در جریان اجرا و آشنایی با نکات لازم به رعایت برای تسهیل اجرای تکنیک، توضیح منطق استفاده از تکنیک کنترل تنفسی و عوارض محتمل الوقوع در جریان اجرای تکنیک	سوم
مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت طرحواره ها و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خود آیند و همچنین شناسایی طرحواره ها آموزش درباره ضرورت تشخیص افکار خود - آیند پرتهاپ و به چالش کشیدن آنها	چهار ۴
مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با پیکان عمودی و انواع باورها و ارائه تکالیف، آموزش نحوه بازسازی شناختی از طریق جایگزین سازی افکار متعادل با افکار پرتهاپ و تخصیص بخشی از وقت جلسه به سؤالات بیماران در خصوص مطالب مطروحه جلسات چهارم و پنجم	پنجم
مرور تکالیف جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه های شناختی و درجه بندی واحدهای ناراحتی ذهنی و ارائه تکالیف	ششم
مرور تکالیف جلسه قبل، تغییر پذیری باورها، تحلیل عینی و تحلیل همسانی باورها	هفتم
مرور مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه گروه درمانی و انجام پس آزمون	هشتم

در بخش یافته‌های استنباطی به منظور توصیف و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکووا)، تحلیل واریانس چند متغیره (مانکووا)، آزمون تی گروه-های مستقل و آزمون تی گروه‌های همبسته استفاده شد. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها، مقدار ۰۰۵/۰ تعیین شد ($P < ۰۰۵$). تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم-افزارهای آماری SPSS ۲۴ و Excel انجام شد. در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی بیان و از آنان رضایت نامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش گرفته شد.

۴. یافته‌های پژوهش

در جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک تأهل، جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی افراد مبتلا به MS به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل گزارش شد. فراوانی هر گروه ۱۵ نفر و فراوانی کل ۳۰ است. یافته‌ها نشان می‌دهد وضعیت جمعیت شناختی گروه‌های کنترل و شناختی رفتاری مشابه یکدیگر است. درصد فراوانی افرادی که میزان تحصیلات دیپلم و پایین تر دارند در گروه کنترل ۵۴ درصد، گروه شناختی رفتاری ۶۰ درصد است. در گروه کنترل، ۴۷

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر ادراک درد، در زنان ... ۷۳

درصد کمتر از ۴۰ سال و ۵۳ درصد بیشتر از ۴۰ سال دارند، در گروه شناختی رفتاری ۵۳ کمتر از ۴۰ سال و ۴۷ درصد بیشتر از ۴۰ سال دارند.

جدول ۱. ویژگی های دموگرافیک افراد مبتلا به MS به تفکیک گروه های درمان شناختی رفتاری و کنترل

گروه شناختی رفتاری		گروه کنترل		ویژگی
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
میزان تحصیلات				
۲۷	۴	۲۷	۴	تا دیپلم
۳۳	۵	۲۷	۴	دیپلم
۲۰	۳	۳۳	۵	فوق دیپلم و لیسانس
۲۰	۳	۱۳	۲	فوق لیسانس و دکترا
سن				
۱۳	۲	۲۷	۴	۲۰ تا ۳۰ سال
۴۰	۶	۲۰	۳	۳۱ تا ۴۰ سال
۲۰	۳	۲۰	۳	۴۱ تا ۵۰ سال
۲۷	۴	۳۳	۵	بیشتر از ۵۰ سال
وضعیت تاهل				
۴۰	۶	۳۳	۵	مجرد
۵۳	۸	۶۶	۱۰	متاهل

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک درد در بخش آمار توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد مولفه های ادراک درد به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

انحراف استاندارد	میانگین	مرحله	متغیر	
۶/۳۷	۳۵/۴۹	پیش	کنترل	درد حسی
۶/۷۰	۳۶/۱۱	پس		
۶/۴۵	۳۴/۴۷	پیگیری		
۷/۱۱	۳۴/۶۹	پیش	CBT	
۵/۲۱	۲۳/۱۵	پس		
۴/۹۳	۲۳/۱۲	پیگیری		
۲/۱۰	۱۱/۸۷	پیش	کنترل	درد عاطفی
۲/۳۰	۱۱/۶۳	پس		
۱/۷۸	۱۰/۹۴	پیگیری		
۲/۲۲	۱۲/۴۷	پیش	CBT	
۱/۴۱	۷/۶۳	پس		
۱/۰۳	۶/۷۸	پیگیری		
۰/۷۸	۴/۱۶	پیش	کنترل	ارزیابی درد
۰/۶۴	۳/۹۴	پس		
۰/۵۹	۳/۸۰	پیگیری		
۰/۵۸	۳/۹۱	پیش	CBT	
۰/۴۰	۲/۵۸	پس		
۰/۴۶	۲/۷۹	پیگیری		
۲/۳۲	۱۳/۴۴	پیش	کنترل	دردهای گوناگون
۲/۴۲	۱۳/۵۲	پس		
۲/۴۸	۱۳/۴۱	پیگیری		
۲/۱۳	۱۳/۱۷	پیش	CBT	
۱/۲۷	۷/۳۰	پس		
۰/۹۷	۷/۷۵	پیگیری		
۱۲/۶۸	۶۴/۹۶	پیش	کنترل	ادراک درد
۱۴/۵۵	۶۵/۲۰	پس		
۱۳/۱۷	۶۲/۶۲	پیگیری		

۱۱/۳۳	۶۴/۲۴	پیش	CBT
۸/۷۴	۴۰/۶۶	پس	
۷/۴۶	۴۰/۴۴	پیگیری	

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک درد در بخش آمار استنباطی از هر دو آزمون آنکووا و مانکووا استفاده شد (آزمون آنکووا برای بررسی تاثیر مداخله بر نمره کل ادراک درد و آزمون مانکووا برای بررسی تاثیر مداخله بر مولفه های ادراک درد). نتایج در جدول ۵ و ۶ قابل مشاهده است. برای سنجش پیش فرضها از آزمونهای مختلفی مانند آزمون کجی و کشیدگی و شاپیرو-ویلک برای سنجش نرمال بودن داده ها و آزمون همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (آزمون ام باکس) استفاده شد. که نتایج آن در جدولهای ۳ و ۴ قابل مشاهده است.

جدول شماره ۳. مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک جهت ارزیابی نرمال بودن متغیرها

متغیر	آزمون شاپیرو-ویلک		کجی	کشیدگی
	آماره	معنی داری		
درد حسی	.۹۳۲	.۲۶۱	.۱۷۲	۱/۳۰
درد عاطفی	۰/۶۲	.۰۲۰	.۶۶۲	-/۱۹۹
ارزیابی درد	.۸۵۵	.۰۱۶	.۳۳۴	-۱/۴۸
دردهای گوناگون	.۹۳۴	.۲۶۱	.۴۴۱	-/۳۹۶
ادراک درد (کل)	.۹۱۶	.۱۵۴	.۳۳۹	۱/۲۵

در مجموع، نتایج بدست آمده از آزمونهای کجی و کشیدگی نشان می دهد که متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال (یا نزدیک به نرمال) برخوردار هستند. مقدار چولگی (کجی) تمامی متغیرها در دامنه ± 1 بدست آمده است. مقادیر کشیدگی بیشتر متغیرها هم در دامنه $+1$ تا -1 قرار دارد. نتایج بدست آمده از آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر این است که فرض توزیع نرمال متغیرها را نمی توان رد کرد ($P > .001$). سطح معنی داری بدست آمده برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار 0.01 است که نشان از نرمال بودن توزیع متغیرها دارد. مقدار کشیدگی تعدادی از متغیرها خارج از دامنه $+1$ تا -1 است اما چون مقدار کجی این متغیرها در دامنه مورد قبول است و آزمون شاپیرو-ویلک هم گواه نرمال بودن توزیع این متغیرها است، با کمی تسامح و اغماض می توانیم نرمال بودن این متغیرها را تایید کنیم. در

مجموع نتایج بدست آمده نشان از این دارد که توزیع متغیرهای اصلی، انحراف قابل توجهی از توزیع نرمال ندارد و می‌توان توزیع متغیرهای پژوهش را نرمال یا نزدیک به نرمال ارزیابی کرد. در نتیجه پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای تایید می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون ام باکس)

نوع متغیر	نوع آماره
مولفه‌های ادراک درد	
۲۵/۵۱	Box's M
۱/۶۳	آماره F
۱۰	درجه آزادی
۰/۰۹۳	سطح معنی داری

مطابق نتایج بدست آمده، سطح معنی داری بدست آمده در آزمون Box's M و مقدار F در تمامی مدل و آزمون معنی دار نشده است ($P > /۰۰۵$). سطح معنی داری بدست آمده در مدل بیشتر از مقدار $/۰۰۵$ است که نشان از این می‌دهد که پیش فرض مربوط تایید می‌شود و می‌توان گفت که ماتریس‌های واریانس کوواریانس بدست آمده همگن هستند.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) با هدف بررسی تاثیر رویکرد شناختی رفتاری بر ادراک درد در افراد مبتلا به MS

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
ادراک درد	گروه (پس آزمون)	۶۸/۲۲	۱	۳۸/۶۴	$< /۰۰۱$	$/۰۵۲۰$
	مقدار خطا	۸۷۵	۱	۳/۴۰		

بر اساس نتایج جدول شماره ۵، سطح معنی داری آزمون آنکوا کمتر از مقدار مفروض $/۰۰۵$ است که نشان می‌دهد از جنبه آماری رویکرد شناختی رفتاری موجب کاهش معنی دار در میزان ادراک درد آنان شده است ($F=۳۸/۶۴, P</math> $/۰۰۵$). و اندازه اثر برابر با $/۰۵۲۰$ است که مقدار بالایی است و نشان دهنده اثرگذاری قابل توجه رویکرد شناختی رفتاری بر ادراک درد است.$

جدول ۶. نتایج آزمون (مانکوا) جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها و اثر عامل گروه (رویکرد شناختی رفتاری) بر مولفه‌های ادراک درد در بیماران MS

منبع اثر	متغیر وابسته	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه (CBT)	درد حسی	۹۰/۹۱	۱	۲۴/۶۸	< /۰۰۱	/۴۸۸
	درد عاطفی	۳۷/۲۸	۱	۶/۸۵	/۰۰۲	/۲۱۵
	ارزیابی درد	۱۲۷/۸۱	۱	۴۵/۱۳	< /۰۰۱	/۶۶۳
	دردهای گوناگون	۱۰۷/۵۳	۱	۳۹/۲۲	< /۰۰۱	/۵۲۵

در جدول ۶ نتایج آزمون مانکوا با هدف تعیین اثر رویکرد شناختی رفتاری بر مولفه‌های ادراک درد گزارش شده است. بدین دلیل که ادراک درد دارای چهار مولفه است باید از آزمون مانکوا بجای آنکوا استفاده کرد. نتایج آزمون مانکوا نشان می‌دهد که رویکرد CBT بر تمامی مولفه‌های ادراک درد تاثیر معنی دار دارد ($P < /۰۰۵$). سطح معنی داری بدست آمده برای تمامی مولفه‌های ادراک درد کمتر از مقدار مفروض $/۰۰۵$ است که نشان می‌دهد رویکرد شناختی رفتاری توانسته است منجر به کاهش معنی دار در میزان تمامی مولفه‌های ادراک درد شود. مقایسه اندازه‌های اثر بدست آمده نشان داد که بیشترین اندازه اثر مربوط به مولفه‌های ارزیابی درد ($/۶۶۳$) و دردهای گوناگون ($/۵۲۵$) است و کمترین اندازه اثر مربوط به درد عاطفی ($/۴۸۸$) و درد حسی ($/۲۱۵$) است.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

MS یک بیماری خودایمنی است و وضعیت روانی فرد بر عملکرد سیستم ایمنی تاثیر می‌گذارد و در این بیماری درد پدیده شایعی می‌باشد که بر کیفیت زندگی و سلامت روان آنها تاثیر منفی می‌گذارد. همچنین میزان ابتلا زنان مبتلا به ام اس چند برابر مردان است و از آنجا که بسیاری از این زنان نقش مادر دارند و یا دوران بارداری را سپری می‌کنند، سلامت خود و فرزندانشان تحت الشعاع این بیماری قرار می‌گیرد لذا انجام مداخلات روانشناختی در این زمینه مهم و ضروری است. در نتیجه هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش ادراک درد در زنان مبتلا به MS می‌باشد. به همین منظور در این پژوهش، درمان شناختی رفتاری در قالب هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی بر

روی گروه مداخله شامل ۱۵ نفر از مبتلایان به MS ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش ادراک درد و مولفه‌های آن بود. که این یافته با نتایج دیگر پژوهش‌ها مانند جان بزرگی و همکاران (۱۳۹۲)، کولیوند و همکاران (۱۳۹۴) و حمزه‌پورحقیقی (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان به این صورت تبیین کرد که درمان شناختی رفتاری روی ساختارهای ایجادکننده درد، که مسئول آگاهی درد هستند، تاثیر می‌گذارد. این درمان روی هیجان نیز اثر می‌گذارد. پژوهشگران بر این باورند که مداخله شناختی رفتاری می‌تواند روی دستگاه‌های مسئول پاسخ‌دهی به تجربه هیجانی، مانند دستگاه روانی فیزیولوژیایی (ادراک تنش عضلانی و احساس‌های ناشی از آن)، سیستم‌های شناختی (افکار فاجعه آمیز درد) و دستگاه حرکتی (رفتار درد و نشانگان از کار افتادگی) اثر بگذارد و باعث کاهش درد شود. با توجه به اینکه پژوهش‌ها علت درد در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را باورهای شناختی مخرب، یعنی باورهای غیر منطقی منفی مانند جنبش‌هراسی، فاجعه آمیزسازی و همچنین استفاده از منابع مقابله‌ای منفعلانه، مانند دوری‌گزینی از درد می‌دانند (ترک و گاتچل، ۲۰۱۳) و همچنین بر پایه نظریه کنترل دروازه‌ای درد، درد می‌تواند فرایندهای ذهنی مرتبط با احساس، شناخت، هیجان و رفتار را تحت تاثیر قرار دهد، به گونه‌ای که این دروازه نه تنها با درون‌دادهای پیرامونی تحریک می‌شود، بلکه به وسیله مراکز عالی مغز که مسئول افکار، هیجان‌ها و رفتارها هستند، نیز کنترل می‌شود (ساندرسون Sanderson، ۲۰۱۳)

افراد مبتلا به بیماری ام اس دارای مشکلات فراوانی در زمینه کنار آمدن با درد ناشی از بیماری، با مسائل روانشناختی و عاطفی که حتی تشدیدکننده بیماری هستند، مواجه می‌باشند. لذا برای ارتقاء توانمندی آنها جهت مقابله کارآمد با ملزومات بیماری ام اس نیاز به برنامه‌هایی می‌باشد. درمان شناختی رفتاری با تغییر رفتارهای ناکارآمد، تصحیح شناخت‌های ناسازگار و احساسات مخرب مرتبط با درد باعث می‌شود اثرات زیانبار درد به کمترین حد ممکن برسد. تغییر شناخت به بیماران کمک می‌کند الگوهای افکار منفی را تشخیص دهند و آنها را تعدیل کنند. درد اغلب منجر به رفتارهایی می‌شود که بر اثر شرطی‌سازی عامل شکل گرفته است. یادگیری فنون آرام‌سازی می‌تواند به میزان زیادی احساس کنترل درد را افزایش دهد گاهی چرخه معیوبی در زمینه درد شکل می‌گیرد که در آن درد سبب افزایش ناکامی و تحریک‌پذیری، افزایش سطوح ادرنالین، افزایش اسپاسم شده و همه اینها به

تغییر آستانه درد می انجامند ، با انجام منظم تمرینات آرام سازی می توان این چرخه را تغییر داد . مهارت آرام سازی به بهبود خواب نیز کمک می کند(آلدر و همکاران ؛ ۲۰۰۹؛ ترجمه فرزین رضایی ، ۱۳۹۱). تحقیقات نشان می دهد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش درد و سطوح پریشانی مرتبط با آن و کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به درد مزمن می شود.(بوهرمن Buhrman و همکاران، ۲۰۱۳، به نقل از اورکی، مهدی زاده و درتاج، ۱۳۹۷: ۷/ ۴۳-۲۵) در رویکردهای معاصر مدیریت درد مزمن به جای کاربرد صرف رویکردهای درمان زیستی، روی کاربرد مداخله های چند بعدی، مانند مداخله شناختی - رفتاری، مدیریت درد تمرکز دارند. این مداخله های چند بعدی با هدف قرار دادن عوامل زیستی - روانی - اجتماعی مانند ترس از صدمه و آسیب، ادراک مهارگری درد، خودکارآمدی پایین برای مدیریت درد، فاجعه آمیزسازی و پاسخ های رفتاری مرتبط مانند اجتناب از فعالیت، اشتغال به فعالیت خیلی زیاد یا برعکس کم تحرکی به طور متناوب و گوش به زنگی بیش از حد نسبت به حسهای بدنی که در پدید آیی و تحول درد مزمن و ناتوانی های متعاقب آن نقش دارند، مؤثر واقع میشوند. به بیان دیگر الگوی شناختی رفتاری با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت های ناکارآمد و با هدف راه اندازی پاسخ های مقابله ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان های منفی در کنار درمان های زیستی برای مدیریت درد پیشنهاد می شوند. (جان بزرگی و همکاران، ۲۰۱۳: ۲/ ۱۰۲-۱۰۸). از آنجا که در این بیماران خشم، افسردگی ، پریشانی ، افکار منفی از قبیل اینکه این درد غیر قابل تحمل و کشنده است و نمی توانم آن را کنترل کنم باعث افزایش درد می شود . به این صورت که این گونه پریشانی روانشناختی منجر به افزایش تنش می گردد . این تنش باعث کاهش آستانه درد و وخیم شدن وضعیت جسمی می شود و در نهایت منجر به افزایش تغییرات هیجانی بیمار می گردد (ساندرسون Sanderson ، ۲۰۱۳) و با توجه به اینکه هدف رویکرد شناختی رفتاری در وهله اول کمک به بیماران برای دستیابی به مفهوم تازه از درد خود و راه های درمان آن ، بیان کنترل دروازه ای درد و نقش افکار در باز و بسته نگه داشتن دروازه درد می باشد، می تواند در جهت کاهش تعبیر و تفسیر های غلط ، فاجعه آفرینی و غیر قابل کنترل دانستن درد اثر گذار باشد. درمان شناختی رفتاری در مدیریت درد بر اصلاح جنبه های احساسی ، عاطفی ، شناختی و رفتاری تجربه درد تمرکز می نماید و به بیماران فنونی ارائه می دهد تا بتوانند بر درد خود و پیامدهای آن بر زندگی کنترل داشته باشند.(کار، ۲۰۰۸).

مبتلا به ام اس تمرکز می‌کند، و در نتیجه پس از درمان بیماران درد کمتری را گزارش می‌کنند. در مجموع می‌توان گفت به کارگیری راهبردهای شناختی رفتاری در مدیریت درد افزون بر بهبود درد، به ارتقا وضعیت روانشناختی مبتلایان به دردمنجر می‌شود و گامی موثر برای صرفه جویی در مصرف دارو و بنابر این کاهش عوارض مصرف داروهاست. از آنجا که در جامعه آماری پژوهش تعداد بیماران زن بیشتر از مرد بود لذا تعمیم این پژوهش به بیماران مرد ممکن نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش را در سایر گروه‌ها انجام داد تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر آن با دقت و اطمینان بیشتری بحث و قضاوت کرد و نتایج این پژوهش را می‌توان در عرصه‌های گوناگون به کار گرفت و از یک سو رسانه‌های گروهی در سطح پیشگیری ثانویه، از طریق آگاه کردن مردم در مورد سبک کنار آمدن با بیماری مزمن ام اس و نقش عوامل روان شناختی در بروز و تشدید آن به شناخت بیشتر این بیماری کمک می‌کند. پیشنهاد دیگر اینکه برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته استفاده شود. آخرین پیشنهاد اینکه می‌توان به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سایر ویژگی‌های افراد مبتلا به MS مانند رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، مدیریت استرس، سازگاری اجتماعی، رضایت زناشویی پرداخت.

سپاسگزاری

از کلیه بیماران و پزشکانی که پژوهشگر را در این پژوهش یاری کرده‌اند نهایت قدردانی و سپاس را دارم

کتاب‌نامه

- عاشوری، جمال (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله روان‌پرستاری*، ۳(۴)، صص ۷۹-۷۱.
- آلدر و همکاران (۲۰۰۹). روانشناسی سلامت. ترجمه فرزین رضایی، ۱۳۹۱، تهران انتشارات ارجمند.
- اورکی، محمد و سامی، پوران (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روانشناسی سلامت*، ۴(۲۰)، صص ۱۸-۶.
- اورکی، محمد؛ مهدی زاده، آتوسا؛ درتاج، افسانه (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر - تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و

- افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. *مجله روانشناسی سلامت*، ۷(۲)، صص ۴۳-۲۵.
- جان بزرگی، مسعود؛ گلچین، ندا؛ علی پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش درد و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال نوزدهم، شماره ۲، صص ۱۰۸-۱۰۲.
- حمزه پورحقیقی، طاهره؛ دوستی، یارعلی؛ میرزائیان، بهرام؛ فخری، محمد کاظم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر ادراک بیماری و ادراک درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره بیستم، صص ۴۵-۵۷.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا (۲۰۱۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران، شهرآب.
- ساندرسون، کاترین (۲۰۱۳). روانشناسی سلامت. ترجمه فرهاد جمهری و فرحناز مسچی و شیدا سوداگر و همکاران. کرج، سرافراز.
- شریفیان، یلدا؛ خلیلی، مهدی؛ حسن زاده پشنگ، سمیرا؛ کمزربین، حمید؛ تقی زاده، محمد احسان (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهداشت روانی بیماران ام اس از نوع شروع اولیه و پیشرونده، *مجله پزشکی ارومیه*، دوره بیست و چهارم، شماره نهم، صص ۶۵۲-۶۶۴.
- فرهنگ، سارا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی و درمان حمایتی بیانگر بر سازگاری روانشناختی بیماران مبتلا به ام اس، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- قاسمی، میترا؛ حاتمی، محمد؛ حسینی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی بهره گیری توأم از درمان شناختی رفتاری و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در ذهن آگاهی، تاب آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد. *مجله روانشناسی سلامت*، ۵(۱۸)، صص ۸۶-۷۰.
- عمرانی، سمیرا؛ میرزائیان، بهرام؛ آقاباقری، حامد؛ حسن زاده، رمضان؛ عابدینی، محمد (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۹۳)، صص ۵۸-۶۵.
- کار، آلان (۲۰۰۸). روانشناسی مثبت گرا: علم شادمانی و نیرومندیهای انسان، ترجمه پاشا شریفی، تهران: سخن.
- کاظمی نژاد، صدیقه (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی دو روش مشاوره گروهی شناختی-رفتاری و معنا درمانی بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام اس در استان یزد، پایان نامه ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی مرکز آموزش های نیمه حضوری و تخصصی آزاد.
- وصال، مینا؛ ملازاده، جواد؛ تقوی، محمدرضا؛ نظری نیا، محمدعلی (۱۳۹۴). بررسی مدل پی شیبینی افسردگی بر اساس ادراک درد و کیفیت خواب با واسطه گری فاجعه سازی درد در مبتلایان به رماتیسم مفصلی سالمند، *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۵(۴)، صص ۶۹-۸۰.

وایت، ک (۲۰۱۱). درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی. ترجمه رضا مولودی و کتابیون فتاحی. تهران، ارجمند.

- Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bern DJ, Nolen-Hoeksema S. Hilgard, s introduction to psychology. 13th ed. Fort Worth, TX: Harcourt Brace; 2000.
- Fischer A, Heesen Ch, Gold SM. Biological outcome measurements for behaviora intervention in multiple sclerosis. *Ther Adv Neurol Disord*. 2011; 4(4):217-29.
- Bizzoco E, Lolli F, Repice AM, Hakiki B, Falcini M, Barilaro A, et al. Prevalence of neuromyelitis optica spectrum disorder and phenotype distribution. *Journal of Neurology*. 2009; 256(11):1891-8.
- Chen YL, Francis AJ. Relaxation and imagery for chronic, nonmalignant pain: effects on pain symptoms, quality of life, and mental health. *Pain Manag Nurs*. 2010 Sep; 11(3): 159-68.
- Jopson NM, Moss MR. The role of illness severity and illness representation in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosis Res*. 2003; 54(9): 503-511.
- Lemaistre, Dr. Joann. (1999). Coping with chronic illness, adapted from the book *After The Diagnosis* by Dr. JoAnn LeMaistre. 1985, 1993, and 1999
- Moss-Morris R, McCrone P, Yardley L, van Kessel K, Wills G, Dennison L, A pilot randomized controlled trial of an Internet-based cognitive behavioural therapy self-management programme (MS Invigor8) for multiple sclerosis fatigue, *Behave Res Ther* 2012; 50(6): 415-21.
- Mc Cabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res*. 2005; 59:161-66.
- Nash VR, Ponto J, Townsend C, Nelson P, Bretz MN. (2013). Cognitive Behavioral Therapy, Self-Efficacy, and Depression in Persons with Chronic Pain. *Pain Management Nursing* 14(4):236-243.
- Noseworthy J, Lucchinetti C, Rodrigues M., and Weinshenker, B.G. Multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000; 343(13): 938 -952.
- Rapaport B, Kraceski S. Multiple sclerosis and stress. *Neurology* 2012; 79:47-9.
- Robertson D. The Philosophy of Cognitive Behavioral Therapy: Stoicism as Rational and Cognitive Psychotherapy. London: Karnac; 2010. P.176-90.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Turk DC, Gatchel RJ. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook: Guilford Publications; 2013.
- 299-312.10.
- Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017; 40(4):597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>