



# اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران  
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران  
استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران  
استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

مریم حیدری <sup>id</sup>  
شهرام مامی\* <sup>id</sup>  
وحید احمدی <sup>id</sup>  
کیانوش خاموشیان <sup>id</sup>

shahram.mami@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پدیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۲۹

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۶

## فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۵۷۰-۵۵۴

بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(حیدری، مامی، احمدی و خاموشیان، ۱۴۰۲)

## در فهرست منابع:

حیدری، مریم، مامی، شهرام، احمدی، وحید، و خاموشیان، کیانوش. (۱۴۰۲). اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس. *خانواده درمانی کاربردی*. ۴(۱)، ۵۷۰-۵۵۴.

## چکیده

**هدف:** بر اساس افراد مبتلا به ام اس از کیفیت زندگی و خودکارآمدی پایینی برخوردار هستند. بنابراین، مطالعه‌ای حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع هدف کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شهر کرمانشاه طی سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) مراجعه نموده بودند. به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (درمان طرح‌واره‌ای=گروه آزمایش اول درمان شناختی رفتاری و گروه آزمایش دوم و گروه کنترل) گمارده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) بود. پس از تعیین و جای‌گزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه (۲ گروه آزمایش و گروه گواه)، مداخلات درمانی (یعنی درمان طرح‌واره‌ای و درمان شناختی رفتاری) هر کدام به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه‌های آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. **یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که طرح‌واره‌درمانی و درمان شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی ( $F = 219/49, P = 0/001$ ) و خودکارآمدی ( $F = 21/929, P = 0/001$ ) نمونه آماری پژوهش تأثیر معناداری داشت. همچنین، معناداری آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از پایداری تأثیرات هر دو درمان بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به سیاست‌گذاران سلامت پیشنهاد می‌شود اقدامات و برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری جهت بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام اس صورت گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** مولتیپل اسکلروزیس، خودکارآمدی، کیفیت زندگی، طرح‌واره، شناختی رفتاری

## مقدمه

بیماری‌های مزمن نگرانی روبه رشد بین‌المللی هستند و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اغلب بار سنگینی از بیماری را تجربه می‌کنند که اثری منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی این افراد می‌گذارد و باعث محدودیت در فعالیت‌های روزمره آنها می‌شود (یسری آلایت و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از بیماری‌های مزمن، مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (ام.اس)، است. مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده و تخریب کننده سیستم عصبی مرکزی است که باعث ایجاد اختلال در هدایت جریان‌های عصبی و الکتریکی شده و عملکردهای حسی و حرکتی را تحت تأثیر می‌دهد (فایسنر و گولد، ۲۰۱۹). شیوع ام‌اس در بانک اطلاعات پژوهشی<sup>۲</sup> پزشکی در حدود ۲/۴ درصد هر ساله افزایش یافته است (مکینزی، مورانت، بلومفیلد، مک دونالد و ریوردن، ۲۰۱۴). در گذشته، ایران یک منطقه با شیوع کم ام‌اس در نظر گرفته می‌شد، اما تحقیقات اخیر نشان داده است که شیوع ام‌اس در ایران به‌طور معناداری افزایش یافته است (گلچوبیان و حسینی المدنی، ۱۴۰۰). بررسی‌های مقدماتی بیان‌کننده آن است که در سطح کشور ایران تقریباً ۵۰۰۰ بیمار مبتلا به ام‌اس وجود دارد. این بیماری در افراد ۱۶ - ۴۰ ساله شایع‌تر بوده و در زنها بیشتر از مردها دیده می‌شود (ایزدی، نیک سرشت، شریفیان، صحرائیان، جهرمی و همکاران، ۲۰۱۴). ام‌اس بر ویژگی‌های رفتاری و سبک زندگی بیماران اثر می‌گذارد و موجب اختلالات گوناگون حسی، حرکتی، شناختی، کاهش عملکرد ذهنی، فیزیکی و اجتماعی می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۷). منشأ مالتیپل اسکلروزیس، زندگی خانوادگی و اجتماعی را فرد تحت تأثیر قرار می‌دهد و از آنجا که بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد، می‌تواند پیامدهای اجتماعی، روانی و فیزیکی برای بیمار ایجاد کند، که گاه تهدید کننده زندگی فرد است (میرزایی و حیدری، ۱۴۰۰).

کیفیت زندگی<sup>۳</sup> در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می‌شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می‌کند (پیشگوی، شورکی، زارعیان، آتش زاده و فرقانی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (شوارتز و همکاران، ۲۰۱۷). بیماری ام‌اس به‌عنوان یک بیماری که دارای عوارض جسمی و روانی است و ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بسیاری از مؤلفه‌های کیفیت زندگی را تخریب کرده و سطح کیفیت زندگی بیماران را پایین می‌آورد (آراسته و آزادی، ۱۳۹۷). بر اساس مطالعاتی که در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس در مقایسه با جمعیت سالم صورت گرفته است، مشخص شد که این افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند (رفعتی و یوسفی، ۱۳۹۹؛ رفعتی و یوسفی، ۱۳۹۸). کاهش سلامت روانی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند منجر به پیامدهای شخصی و اجتماعی مثل از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در روابط بین‌شخصی و عدم توانایی

1. multiple sclerosis
2. General Practice Research Database
3. quality of life

فرد در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی شود (تانگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ آراسته و آزادی، ۱۳۹۸).

بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به دلیل نقص بدنی از احساس امنیت و احساس خودکارآمدی<sup>۱</sup> پایینی برخوردارند (پیرزفانتس و همکاران، ۲۰۱۸). افراد دارای خودکارآمدی بالا توانایی مقابله با مشکلات را دارند و هر موفقیتی موجب افزایش اعتماد به خود در آن‌ها می‌شود اما افراد دارای خودکارآمدی پایین در توانایی‌های خود تردید دارند و خود را در مقابله با محیط ناتوان می‌بینند (اهامیلتون و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به مزمن بودن بیماری مالتیپل اسکلروزیس، خودکارآمدی عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری‌های مزمن می‌باشد و با ارتقا توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است و این سازگاری بهبود یافته به کاهش نابهنجاری‌های روان‌شناختی منجر می‌شود (جمعیان، حسینی ثابت و معتمدی، ۱۳۹۷). برای درمان مشکلات روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی‌رفتاری یکی از مداخلات مؤثر در مورد سازه‌های روان‌شناختی در بیماران مزمن می‌باشد (وان دن آکر و همکاران، ۲۰۱۷). در درمان شناختی‌رفتاری<sup>۲</sup> پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرح‌واره‌های شناختی روی می‌دهد. به‌ویژه هنگامی که به‌طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرح‌واره‌های دیگر، غیرفعال شوند (کاله و ایچ، ۲۰۱۸). این رویکرد از طریق چالش با افکار خودآیند منفی، شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می‌کند تا فرد مبتلا به بیماری از قید باورها و نیایدها و افکار آرمانگرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد و به گونه‌ای منطقی با آن مواجه شود. علاوه بر این، با تغییر در شناخت‌ها و اصلاح باورهای غیرمنطقی فرد، نگرش وی نسبت به خود، دنیا و آینده متحول می‌شود و به دنبال آن بیمار می‌تواند به جای تمرکز روی ناتوانی‌ها و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف‌پذیری را اتخاذ کند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان به طور مؤثری بر بهبود خودکارآمدی در درد، امید به زندگی، خستگی و افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است (شاره و ریاطی، ۱۳۹۹).

از سوی دیگر، با توجه به اینکه بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های مزمن همراه با علائم روان‌شناختی به‌خصوص در مطالعات پیگیری در روند بهبودی دچار افت می‌شوند، طرح‌واره درمانی<sup>۳</sup> رویکرد دیگری می‌باشد که در این پژوهش به کار رفته است. از مزیت‌های مدل طرح‌واره‌ها ایجاز و نیز پیچیدگی و عمیق بودن آن بوده و این درمان اختصاصی است. به عبارتی طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های خاص را نشان می‌دهند (بک و همکاران، ۲۰۱۵). براساس تئوری الگویی پیشنهاد شده توسط یانگ، طرح‌واره‌ها در دوران کودکی توسعه می‌یابند و به‌صورت قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می‌شوند. با انعکاس طرح‌واره‌های ناسازگار اغلب باورهای بی‌قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می‌شود (پوگ، ۲۰۱۵). بررسی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی، مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش

1. self-efficacy

2. cognitive behavioral therapy (CBT)

3. schema therapy (ST)

اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است (فرهادی، پسندیده و ووزیری، ۱۴۰۰؛ رضایی، غضنفری و رضایی، ۱۳۹۵). با وجود اینکه پیشرفت‌هایی در توجه به گسترش مداخلات روانی-اجتماعی برای مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفته است اما به صورت کاربردی، اثربخشی آن‌ها مورد بررسی چندانی قرار نگرفته است. از آنجاکه روش‌های مناسب نه تنها سبب بالا بردن مهارت‌ها و افزایش تاب‌آوری می‌شود، بلکه باعث افزایش کارایی سیستم ایمنی و کاهش پیامدهای بهداشتی-اقتصادی بیماری می‌گردد، مطالعه هر چه بیشتر و مقایسه انواع روش‌های درمانی می‌تواند کمک زیادی به بهبودی نماید. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف رسیدن به پاسخ سؤالات زیر انجام شد:

۱. آیا طرح‌واره درمانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس اثربخش است؟
۲. آیا درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس اثربخش است؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع هدف کاربردی و ازلحاظ روش‌شناسی، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شهر کرمانشاه طی سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) مراجعه نموده بودند. در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا بین بیماران زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس که جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه بودند، پرسشنامه‌های مورد پژوهش (با توجه به رعایت تمامی اصول بهداشتی در مواجهه با بیماری ویروسی کرونا) توزیع شد، سپس از میان بیمارانی که واجد ملاک‌های ورود باشند با روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (درمان طرح‌واره‌ای=گروه آزمایش شماره ۱؛ درمان شناختی رفتاری=گروه آزمایش شماره ۲ و گروه کنترل) گمارده شدند. پس از تعیین و جای‌گزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و گواه (۲ گروه آزمایش و گروه گواه)، مداخلات درمانی (یعنی درمان طرح‌واره‌ای و درمان شناختی رفتاری) هر کدام به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه‌های آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات روان‌درمانی گروهی به‌طور سازمان یافته اجرا و در نهایت کل برنامه درمانی در هر یک از دو روش درمانی، از یک پیش جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی. این پرسشنامه خودگزارشی در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت تدوین و دارای ۲۶ سؤال با ۴ مؤلفه سلامت روانی، اجتماعی، محیطی و بدنی می‌باشد. نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود. ۲ سؤال اول به هیچ یک از مؤلفه‌ها تعلق ندارد و کیفیت زندگی را به شکل کلی ارزیابی می‌کند. سؤالات شماره ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ مربوط به مؤلفه سلامت جسمانی، سؤالات شماره ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ مربوط به مؤلفه سلامت روانی،

سئوالات شماره ۲۰، ۲۱ و ۲۲ مربوط به مؤلفه سلامت اجتماعی و سئوالات شماره ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ مربوط به مؤلفه سلامت محیطی است. دامنه نمرات اکتسابی بین ۳۸ تا ۱۱۸ می‌باشد. با توجه به نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه (جمع کلی نمرات) نمره بالاتر نشانه کیفیت زندگی بالاتر است. این مقیاس از روایی افتراقی، محتوایی، و پایایی آزمون-بازآزمون خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ آن برای زیر مقیاس‌ها و کل مقیاس بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ می‌باشد. در هنجاریابی ایرانی، پایایی آزمون به روش بازآزمایی در مؤلفه‌های سلامت جسمانی ۰/۷۷، روانی ۰/۷۷، اجتماعی ۰/۷۵ و محیطی ۰/۸۹ گزارش شده است (روشنفر و همکاران، ۱۳۹۲).

**۲. پرسشنامه خودکارآمدی.** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۲ به‌وسیله شرر و مادوکس تدوین شده است و دارای ۱۷ سؤال با ۳ زیرمقیاس شامل گرایش به آغاز نمودن رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری کردن در صورت ناکامی است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه کاملاً موافق = نمره ۵، گزینه موافقم = نمره ۴، گزینه نظری ندارم = نمره ۳، گزینه مخالفم = نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالف = نمره ۱) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی بین ۱۷ الی ۸۵ می‌باشد و نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر و نمرات پایین بیانگر خودکارآمدی پایین است. در این پرسشنامه سؤال‌های شماره ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سازندگان پرسشنامه، پایایی آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (سائقی و احمدی، ۱۳۹۵). ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. جلالی (۱۳۸۸) به نقل از دهقان، آتش‌پور و شفقتی، (۱۳۹۳) اعتبار این ابزار را در میان دانش آموزان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برابر با ۰/۶۹ به‌دست آورده است.

**۳. درمان شناختی رفتاری.** برای گروه آزمایش اول بسته مداخله‌ای درمان شناختی رفتاری هیمبرگ و بکر (۲۰۰۰) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین و تحت مداخله قرار گرفتند که خلاصه‌ای از جلسات به شرح زیر است:

**جلسه اول و دوم.** آشنایی با قوانین گروه، کمک به درک مشکلات اعضای گروه و توضیح در مورد شیوه و روش درمان؛ دسته‌بندی و شناسایی تحریفات شناختی و ارزیابی میزان اعتقاد به آن.

**جلسه سوم و چهارم.** آشنایی و آموزش راهبردهای شناختی و به کار بردن آن (جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت).

**جلسه پنجم و ششم.** آموزش مهارت اجتماعی، سبک حل مسأله، آموزش واحد ناراحتی ذهنی، آموزش ایفای نقش و مواجهه تصویری.

**جلسه هفتم و هشتم.** ادامه آموزش تصویرسازی ذهنی و مواجهه واقعی با پیامدهای بیماری مزمن، آموزش راهبردهایی برای پیشگیری از تجربه عواطف منفی و استفاده مناسب از راهبردهای هیجان مدار. خلاصه جلسه

**۴. طرحواره درمانی.** گروه آزمایش دوم بسته مداخله‌ای طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین و تحت مداخله قرار گرفتند که خلاصه‌ای از جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول و دوم. به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرح‌واره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرح‌واره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها می‌پردازد. هدف از این دو جلسه مقدماتی این است که آزمودنی‌ها به ماهیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آن‌ها و همچنین، سازوکار آن‌ها پی ببرند. در پایان دو جلسه اول ماهیت بیماری مزمن ام اس طبق رویکرد طرح‌واره درمانی فرمول‌بندی می‌شود.

جلسات سوم و چهارم. مربوط به معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها مانند آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرح‌واره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرح‌واره خواهد بود. هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره درمانی این خواهد بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرح‌واره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرح‌واره را زیر سؤال ببرند.

جلسات پنجم و ششم. در این تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده خواهد شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به اعضای خانواده و تصویرسازی به منظور الگوشکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی خواهد بود تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی و گذشته خود ابراز کنند و چرخه تداوم طرح‌واره را در سطح هیجانی بشکنند.

جلسات هفتم و هشتم. به آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد: مثل تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات خواهد گذشت.

**روش اجرا.** در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت‌کنندگان، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه شرکت‌کنندگان ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرها و زیر شاخه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی، سلامت محیطی) و خودکارآمدی (گرایش به آغاز نمودن رفتار، تمایل به تکمیل رفتار و پافشاری کردن در صورت ناکامی)، گزارش شد. جهت تاثیر مداخله طرح‌واره درمانی و مداخله درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی و زیر شاخه‌های آن از آزمون تحلیل کواریانس و برای مقایسه گروه‌های مداخله طرح‌واره درمانی و مداخله درمان شناختی-رفتاری انجام شد. برای آزمون پیش‌فرض تحلیل کواریانس از

آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنف جهت نرمالیتی، آزمون لون برای آزمون همگنی واریانس، آزمون ام‌باکس جهت آزمون برابری ماتریس کوواریانس و آزمون موچلی جهت بررسی کرویت انجام شد.

### یافته‌ها

در مطالعه‌ای حاضر، ۴۵ نفر مورد بررسی قرار گرفت. میانگین کیفیت زندگی در ۱۵ نفر در گروه گواه، پیش آزمون  $58/07 \pm 1/83$ ، پس آزمون  $59/47 \pm 1/73$  و در زمان پیگیری  $58/93 \pm 1/67$  بود. در ۱۵ نفر گروه مداخله اول (طرحواره درمانی)، میانگین کیفیت زندگی پیش آزمون  $57/93 \pm 1/83$ ، پس آزمون  $71/07 \pm 1/79$  و در زمان پیگیری  $71/07 \pm 1/79$  گزارش شد. هم‌چنین، میانگین نمره کیفیت زندگی در ۱۵ نفر گروه مداخله درمان شناختی رفتاری پیش آزمون  $56/93 \pm 1/79$ ، پس آزمون  $76/67 \pm 1/63$  و در زمان پیگیری  $77/33 \pm 1/76$  بود. میانگین نمره خودکار آمدی در گروه گواه،  $37/13 \pm 2/88$  در زمان پس آزمون و زمان پیگیری میانگین آن بترتیب،  $35/00 \pm 2/80$ ،  $42/40 \pm 2/75$  و  $42/40 \pm 2/90$  بود. میانگین نمره خودکار آمدی در گروه مداخله طرح‌واره درمانی، قبل از مداخله و پس از مداخله، در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری بترتیب  $35/00 \pm 2/80$ ،  $42/40 \pm 2/75$  و  $42/40 \pm 2/90$  بود. میانگین نمره خودکار آمدی در گروه مداخله درمان شناختی-رفتاری قبل از مداخله  $36/27 \pm 3/10$ ، پس از مداخله در مرحله پس آزمون  $46/07 \pm 2/79$  و در مرحله پیگیری  $45/60 \pm 2/38$  گزارش شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و خودکار آمدی

مولفه‌ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پی‌گیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	گواه	58,07	1,83	59,47	1,73	58,93	1,67
زندگی	طرحواره درمانی	57,93	1,83	70,93	1,71	71,07	1,79
	درمان شناختی-رفتاری	56,93	1,79	76,67	1,63	77,33	1,76
خودکار آمدی	گواه	37,13	2,88	36,87	2,47	36,60	2,10
آمدی	طرحواره درمانی	35,00	2,80	42,40	2,75	42,87	2,90
	درمان شناختی-رفتاری	36,27	3,10	46,07	2,79	45,60	2,38

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف و مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها نشان داد که پیش‌فرض نرمالیتی برای متغیرهای کیفیت زندگی، و خودکار آمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار می‌باشد ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون لون فرض برابری واریانس خطاها برای متغیرهای کیفیت زندگی و خودکار آمدی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان داد ( $P > 0/05$ ). پیش‌فرض برابری ماتریس کوواریانس با توجه به آزمون ام‌باکس برای متغیرهای کیفیت زندگی و خودکار آمدی برقرار است ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون موچلی نشان برقراری فرض کرویت را برای متغیر خودکارآمدی ( $P = 0/147$ ) نشان داد. اما، برای متغیرهای کیفیت زندگی فرض کرویت برقرار نبود ( $P = 0/001$ ).

جدول ۲. نتایج آزمون‌های پیش‌فرض جهت انجام آزمون تحلیل واریانس و تحلیل کوواریانس

مولفه	مرحله	بررسی نرمالیتی		همگنی واریانس		فرض کرویت		ماتریس کوواریانس	
		چولگی	کشیدگی	P	لون	P	موجلی W	ام- P	گرین هاوس
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰,۱۴	-۰,۱۶	۰,۲۲	۰,۰۶	۰,۹۵	۰,۶۷	۰,۰۰۱	۰,۷۵۰
	پس آزمون	-۰,۳۷	۱,۳۸-	۰,۱۴	۰,۱۶	۰,۸۵			۱۹,۰۷
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰,۳۵	-۱,۳۹	۰,۱۱	۰,۲۱	۰,۸۲	۰,۹۱	۰,۱۴۷	-
	پس آزمون	۰,۰۱	-۰,۷۰	۰,۵۶	۰,۲۷	۰,۷۶	۰,۹۹		۱۰,۵۳
	پیگیری	-۰,۱۹	-۰/۹۶	۰,۲۸	۰,۳۳	۰,۷۲			۰,۶۶۶

نتایج نشان داد تغییرات میانگین نمره کیفیت زندگی در طول زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از لحاظ آماری معنادار بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ). مجذور اتا نشان داد که طول زمان مداخله تاثیر بسزایی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس داشت ( $\eta^2 = ۰/۹۷۸$ ). هم‌چنین، نتایج آزمون گرین هاوس-گیرز نشان داد که تغییرات میانگین کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس در سه گروه گواه، مداخله طرحواره درمانی، درمان شناختی-رفتاری در طول زمان پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری از لحاظ آماری معنادار بود. به عبارت دیگر، در گروه مداخله طرحواره درمانی تغییرات میانگین کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیگیری از لحاظ آماری معنادار بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و در طول زمان مداخله در گروه‌های گواه و مداخله تاثیر بسزایی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام.اس داشتند ( $\eta^2 = ۰/۹۱۳$ ). نتایج نشان داد سطح کیفیت زندگی حداقل در دو گروه از سه گروه مورد بررسی، از لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری داشتند ( $P = ۰/۰۰۱$ ) حاکی از اثربخشی بالای سطوح عامل بین آزمودنی در تغییر نمره کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس می‌باشد ( $\eta^2 = ۰/۹۱۳$ ). نتایج نشان داد مداخله در طول زمان تاثیر بسزایی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به ام اس داشت ( $\eta^2 = ۰/۹۷۲$ ). تاثیر مداخله طی زمان از لحاظ آماری معنادار بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ). هم‌چنین، بین سه گروه مورد بررسی مداخلات طی زمان از لحاظ آماری معنادار بود ( $P = ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس و اندازه‌های تکراری برای کیفیت زندگی و خودکارآمدی

منبع تغییرات	مولفه ها	آماره ملاک	میانگین مجذورات	F	P	$\eta^2$
درون آزمودنی (زمان)	کیفیت زندگی	گرین هاوس-گیرز	۲۶۰۸/۳۵۳	۱۸۳۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۷۸
	خودکارآمدی	-	۴۷۰/۴۸	۲۰۰/۲۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷
تعامل (زمان*گروه)	کیفیت زندگی	گرین هاوس-گیرز	۶۱۲/۵۲	۴۳۱/۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
	خودکارآمدی	-	۱۴۰/۵۷	۵۹/۸۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
خطا (زمان)	کیفیت زندگی	گرین هاوس-گیرز	۱/۴۲۰			
	خودکارآمدی	-	۲/۳۵			
بین آزمودنی (گروه)	کیفیت زندگی	-	۱۵۴۹/۶۹۶	۲۱۹/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۱۳
	خودکارآمدی	-	۳۷۷/۲۲۲	۲۱/۹۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
خطا (گروه)	کیفیت زندگی	-	۷/۰۶			
	خودکارآمدی	-	۱۷/۲			



بر اساس مندرجات جدول زیر، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که بین نمره کل خودکارآمدی در مرحله پیش آزمون و زمان پس آزمون تفاوت میانگین  $۵/۶۴۴-$  وجود دارد که این مقدار اختلاف در سطح معنی کمتر از  $۰/۰۰۱$  معنی دار می باشد. این یافته حاکی از آن است که مداخلات صورت گرفته منجر به افزایش نمره کل خودکارآمدی در زمان پس آزمون شده است. همچنین بین نمره پیش آزمون و پیگیری  $۵/۵۵۶-$  نمره تفاوت تفاوت معنی دار وجود دارد ( $P < ۰/۰۰۱$ ) که گویای آن است که نتایج مداخلات تا زمان پیگیری پایا مانده است و بین زمان پیگیری و پیش آزمون اختلاف نمره وجود دارد. بین زمان پیگیری و پس آزمون نیز  $۰/۰۸۹$  نمره اختلاف وجود دارد که معنی دار نیست و می توان گفت که نمره خودکارآمدی در دو زمان پس آزمون و پیگیری تقریباً یکسان است. این وضعیت افزایش سطح میانگین در مرحله پس آزمون و پایا ماندن در زمان پیگیری درخصوص تمامی متغیر کیفیت زندگی نیز صدق می کند. همچنین نتایج مقایسه زوجی حاکی از آن است که نمره کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن در مرحله پیش آزمون در مقایسه با مرحله پس آزمون و نمره متغیرها در مرحله پیش آزمون با مرحله پیگیری دارای تفاوت معنی داری است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) با توجه به منفی بودن تفاوت میانگین تمامی متغیرها و مولفه ها، می توان گفت که میزان نمره کیفیت زندگی و تمامی ابعاد آن طی زمان های مختلف پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری کرده است. اما، تفاوت میانگین مرحله پس آزمون با مرحله پیگیری معنی دار نیست و اختلافی میان نمرات این دو مرحله وجود ندارد. به این ترتیب، سطح کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون افزایش معنی داری داشته و این افزایش در مرحله پیگیری ثابت مانده است.

جدول ۴. مقایسه‌های زوجی نمرات طی زمان برای متغیرهای وابسته پژوهش (آزمون تعقیبی)

متغیر/مولفه	مقایسه زوجی	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	پیش آزمون - پس آزمون	-۱۱/۳۷۸	۰/۱۸۵	۰/۰۰۰
	پیش آزمون - پیگیری	-۱۱/۴۶۷	۰/۲۷۳	۰/۰۰۰
	پس آزمون - پیگیری	-۰/۰۸۹	۰/۱۸۲	۱/۰۰۰
خودکارآمدی	پیش آزمون - پس آزمون	-۵/۶۴۴	۰/۲۸۸	۰/۰۰۰
	پیش آزمون - پیگیری	-۵/۵۵۶	۰/۳۶۷	۰/۰۰۰
	پس آزمون - پیگیری	۰/۰۸۹	۰/۳۰۹	۱/۰۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس، انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی در افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعه‌ای عقیلی و همکاران (۱۴۰۱)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، خزاعی و همکاران (۱۳۹۸) و پاک‌اندیش و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، طرح‌واره‌های ناسازگار و رایج در بین زنان مبتلا به ام اس وجود دارد. بنابراین در پی آن، محرومیت عاطفی، نقص‌اشرم و شکست و رهاشدگی/بی‌اعتمادی ایجاد می‌شود.

بنابراین، وجود طرح‌واره‌های ناسازگار سبب اضطراب، افسردگی، احساس رضایت از زندگی و نهایتاً کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهد (پاک اندریش و همکاران، ۱۳۹۹؛ ساریچاوری و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، رویکرد طرح‌واره درمانی با استفاده از تکنیک وقفه الگوی رفتاری، سعی در اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله با ناسازگاری‌ها ناکارآمد ناشی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دارد. به طور کلی می‌توان گفت طرح‌واره درمانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانی، تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبب افزایش تحرک بهبود کیفیت زندگی بیماران شود (خزائی و همکاران، ۱۳۹۹؛ پاک اندیش و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین، رویکرد طرح‌واره درمانی متشکل از رویکردهای شناختی رفتاری بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی تلفیقی است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی، علاوه بر شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار افراد، علت اصلی را نیز کشف می‌کند (یوسفی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عقیلی و همکاران، ۱۴۰۱). این طرح‌واره‌ها، سبب کاهش افکار منفی و غیرمنطقی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (سینگساکون و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعه‌ای حاضر نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است. این یافته با نتایج مطالعات ون دن آکر و همکاران (۲۰۱۷)، یوسفی و همکاران (۱۳۹۸)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۴)، گرازیانو اف و همکاران (گرازیانو و همکاران، ۲۰۱۴) همراستا بود. اما با نتایج مطالعه‌ای محمدی و همکاران (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۲۰) در خصوص بی اثر بودن درمان شناختی-رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی همخوانی نداشت. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که جلسات درمان شناختی-رفتاری که خلاصه‌ای از پاسخ‌های فرد، شناسایی افکار کارآمد از افکار ناکارآمد است. بنابراین، بهترین ابزار برای کمک به فرد است. همچنین، شناخت واکنش‌های منفی و نحوه جایگزینی رفتارهای سالم در بیماران که باعث آگاهی فرد از شناخت‌ها می‌شود می‌توان زمینه را برای تغییر در فرد فراهم نمود. بر اساس دیدگاه درمان شناختی-رفتاری، مشکلات بسیاری از بیماران ناشی از باورهای منفی است، که خود را با رفتارهای ناپه‌نجان نشان می‌دهد. این باورها و افکار تأثیر زیادی بر عملکرد بیماران در زمینه‌های شناختی و عاطفی دارد. بر اساس نظریه بک (۱۹۸۲)، رویکرد شناختی-رفتاری در اصلاح باورها و افکار افراد بیمار به دلیل کار بر روی مسائل روانشناختی یا تحریفات شناختی مفید است. همچنین این رویکرد می‌تواند میزان افکار غیرمنطقی را کاهش دهد. کاهش افکار غیرمنطقی، باعث بهبود رفتار، افکار و احساسات آنها در زندگی و ارتباط آنان با دیگران شود. همچنین، باعث افزایش سلامت روان، رفاه روانی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات شاره و رباطی (۱۳۹۹)، صدری دمیرچی و آتازاده اصل (صدری دمیرچی و آتازاده اصل، ۱۳۹۶)، عیسی زادگان و همکاران (عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۴) و گرازیانو و همکاران (۲۰۱۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هدف از رفتار درمانی شناختی، آموزش به فرد و چگونگی مواجهه با حل مشکلات یا اتفاقات مختلف زندگی است که فرد به خودکارآمدی برسد (گرازیانو و همکاران، ۲۰۱۴). تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. در این درمان، درمانگر سعی می‌کند که مراجعان را با اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کنند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای

محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر واقعیت‌های زندگی است. بنابراین می‌آموزند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند و کمتر در برابر چالش‌های به وجود آمده احساس ناتوانی کرده و به خودکارآمدی برسند (گرازیانو و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگری محدودیت‌هایی داشت که از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به استفاده از ابزار گردآوری اطلاعات خودگزارشی و جامعه آماری محدود آن اشاره نمود. همچنین وجود متغیرهایی که از کنترل پژوهش‌گر خارج است می‌تواند در نتایج خلل ایجاد کند. بنابراین لازم است در تعمیم نتایج آن جوانب احتیاط رعایت گردد. در نهایت پیشنهاد می‌گردد محققین در پژوهش‌های بعدی از رویکردهای استفاده شده در این پژوهش استفاده کنند تا اثربخشی آن بر روی جوامع آماری متفاوت و متغیرهای دیگر نیز بررسی گردد. با توجه به نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر نیز پیشنهاد می‌گردد روان‌درمانگران از دو رویکرد شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بهره گرفته و به منظور آموزش اصول و فنون این دو رویکرد کارگاه‌های ویژه برگزار گردد.

### موازین اخلاقی

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه این مطالعه را با کد IR.KUMS.REC.1399.1135 تایید کرد. رضایت کتبی آگاهانه از همه شرکت‌کنندگان اخذ شد.

### سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش-نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

ابراهیمی میمند، حسینعلی، عسکری زاده، قاسم، باقری، مسعود، عرب نژاد، مریم. (۱۳۹۹). نقش هوش معنوی، حس انسجام و انعطاف‌پذیری شناختی (منابع درونی) در پیش‌بینی استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS). طب داخلی روز. ۲۷ (۱): ۱۱۴-۱۲۹

پاک اندیش، شادی، کراسکیان، آدیس، و جمهری، فرهاد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان چاق. فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی، ۳۲-۲۰، (۳۴)۹.

جمعیان، دلارام، حسین ثابت، فریده، و معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار کوتاه مدت گروهی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روان شناسی بالینی، ۱۰ (۳)، ۲۲-۱۳.

حسینی نژاد، مظفر، سعادت، سجاده، بخشی پور، حورا، و نصیری، پریا. (۱۴۰۰). شیوع و بروز بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) در استان گیلان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۹ (۱): ۳۴۳۸-۳۴۴۷.

زراعی، فاطمه، میرزاحسینی، حسن، و نوکنی، مصطفی. (۱۳۹۹). اثربخشی روش درمان مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مراکز دیالیز دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸. ۱۹ (۲): ۵۱-۵۹.

شاه، حسین، و رباطی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در درد، خستگی، امید به زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک کارآزمایی بالینی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۶ (۴): ۴۱۸-۴۳۱.

شهبان، مسعود، مجیدی، اشکان، اشجعی، عرفان، اللهیاری، فخری، و حسینی نژاد، سید جواد. (۱۳۹۹). تعیین ارتباط میان سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ام اس. دین و سلامت. ۸ (۱): ۱۱-۱۸.

صدری دمیرچی، اسماعیل، و آقازاده اصل، مهناز. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. طب داخلی روز. ۲۳ (۲): ۱۱۷-۱۲۲.

عقیلی، سید مجتبی، سبحانی فرد، منیره، اصغری، آرزو، و نمازی، میترا. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده ی زنان مبتلا به درد مزمن. مجله علوم پزشکی زانکو. ۲۳ (۷۶): ۱۳-۲۴.

عیسی‌زادگان، علی، شیخی، سیامک، و حافظنیا، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و سلامت روانی در زنان مبتلا به چاقی. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۲۶ (۹): ۷۸۵-۷۹۲.

یوسفی، رحمن، حافظی، فریبا، بختیارپور، سعید، و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان. خانواده درمانی کاربردی، ۳ (شماره ۵ (مجموعه مقالات حوزه زنان))، ۲۲۷-۲۰۹.

یوسفی، ناصر، محمدی، فاروق، عزیزی، آرمان، و شمس اسفند آبادی، روفیا. (۱۳۹۸). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده. روان شناسی بالینی، ۱۱ (۳)، ۱۰۱-۱۱۲.

میرزایی، غزل، و حیدری، مصطفی. (۱۴۰۰). اثربخشی ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۲ (۴۶): ۶۵-۷۷.

### References

- Aghili, M., Sarani, M., Asghari, A., & Namazi, M. (2022). The effectiveness of schema therapy on anxiety sensitivity and perceived stress in women with chronic pain. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 23(76):13-24.
- Alfredsson, L., & Olsson, T. (2019). Lifestyle and environmental factors in multiple sclerosis. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 9(4), a028944.
- Chalah MA, Ayache SS. (2018). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *J Clin Neurosci*. 52:1-4.
- Ebrahimi Meymand, H. A., Askarizadeh, G., Bagheri, M., & Arabnejad, M. (2020). The Role of Spiritual Intelligence, Sense of Coherence, and Cognitive Flexibility as Internal Resources in Predicting Perceived Stress in Patients With Multiple Sclerosis. *Intern Med Today*, 27 (1) :114-129
- Faissner, S., & Gold, R. (2019). New therapeutic approaches in progressive multiple sclerosis. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 87(11):653-71.
- Gameian, D., Hosseinsabet, F., & Motamedi, A. (2018). Effectiveness of Brief Solution-focused Group Therapy on Quality of Life and Self-efficacy of Multiple Sclerosis Women. *Journal of Clinical Psychology*, 10(3), 13-22.
- Graziano, F., Calandri, E., Borghi, M., & Bonino, S. (2014). The effects of a group-based cognitive behavioral therapy on people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 28(3), 264–274.
- Hamilton K, Warner LM, Schwarzer R. (2017). The Role of Self-Efficacy and Friend Support on Adolescent Vigorous Physical Activity. *Health Educ Behav*. 44(1):175-181.
- Hosseinezhad, M., Saadat, S., Bakhshipour, H., & Nasiri, P. (2021). Prevalence and Incidence of Multiple Sclerosis (MS) in Guilan Province. *JSSU 2021*; 29 (1) :3438-3447
- Issazadegan, A., Shiekhy, S., Hafeznia, M. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on enhancing of self-efficacy and mental health among women with obesity. *Studies in Medical Sciences*. 26(9):785-92.
- Khazaei, F., Mirza Hosseini, H., & Nokani, M. (2020). The effectiveness of emotional schema therapy based on improving the quality of life of dialysis patients referred to dialysis centres of Tehran University of Medical Sciences in 1398. *jhosp 2020*; 19 (2) :51-59
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.
- Mirzaei, G., & Heydari, M. (2021). The effectiveness of mindfulness on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*, 12(46), 65-77.
- Moghtaderi, A., Rakhshanizadeh, F., & Shahraki-Ibrahimi, S. (2013). Incidence and prevalence of multiple sclerosis in southeastern Iran. *Clinical neurology and neurosurgery*, 115(3), 304–308.
- Pakandish, S., kraskyan, A., & jomehri, F. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(34), 20-32.
- Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MDM, Barragán Martín AB, Simón Márquez MDM, Martos Martínez Á, Gázquez Linares JJ. (2018). The Mediating Role of Perceived Stress in the Relationship of Self-Efficacy and Work Engagement in Nurses. *J Clin Med*. 21;8(1). pii: E10.

- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- SAARIJÄRVI, P., WAHLMAN, M., & KARUKIVI, M. (2019). EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS AND PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN ADOLESCENCE. *Psychiatria Fennica*, 50, 164-181.
- Sadri Damirchi, E., & Aghazadehasl, M. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Coping Styles in Multiple Sclerosis Patients. *Intern Med Today*, 23 (2) :117-122.
- Shahabian, M., Majidi, A., Ashjaei, E., Allahyari, F., & Hosseini Nejad, S. J. (2020). Relationship Between Spiritual Health and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *JRH*, 8 (1) :11-18
- Shareh, H, & Robati, Z. (2021). Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients With Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. *IJPCP*; 26 (4) :418-431.
- Siengasukon, C. F., Alshehri, M., Williams, C., Drerup, M., & Lynch, S. (2020). Feasibility and treatment effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in individuals with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Multiple sclerosis and related disorders*, 40, 101958.
- van den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Twisk, J. W., Bleijenbergh, G., Dekker, J.,... & TREFAMS-ACE Study Group. (2017). Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(11), 1542-1553.
- Yousefi, N., mohammadi, F., Azizi, A., & shams esfand abadi, R. (2019). Comparing the Effectiveness of Classical Cognitive Behavioral Therapy and Enhancement - Based Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Quality of Life in Depressed Women. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 101-112.
- Yusefi, R., Hafezi, F., bakhtiarpoor, S., & Makvandi, B. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive- behavioral hypnotherapy and mindfulness therapy on pain perception and self-efficacy in women with breast cancer in Gorgan. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(5), 209-227.

\*\*\*

### پرسشنامه کیفیت زندگی

سوالات	بسیار بد	بد	متوسط	خوب	بسیار خوب
۱. در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱. چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟					
۲. چه قدر موارد خاص و مورد نظر را در ۴ هفته پیش تجربه کرده اید؟					
۳. دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟					
۴. برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟					
۵. چقدر از زندگی لذت می‌برید؟					
۶. به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟					
۷. در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز					

هستید؟				
۸ در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟				
۹ محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟				
کاملاً	اکثراً	متوسط	کمی	اصلاً
۱۰ در چهار هفته اخیر امور را چگونه ارزیابی کرده‌اید و قادر به انجام چه چیزهایی بوده‌اید؟				
۱۱ آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟				
۱۲ آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟				
۱۳ آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟				
۱۴ اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟				
۱۵ چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟				
۱۶ چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟				
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کمی	خیلی کم
۱۷				
۱۸ چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟				
۱۹ چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟				
۲۰ از توانایی خود برای کار کردن (اشتغال) چقدر رضایت دارید؟				
۲۱ از توانایی کار کردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟				
۲۲ چقدر از روابط اجتماعی‌تان با دیگران رضایت دارید؟				
۲۳ چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟				
۲۴ چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟				
۲۵ چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟				
۲۶ چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟				
۲۷ چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟				
۲۸ چه مقدار دچار حالتهای مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و... می‌شوید؟				

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

ردیف	عبارات	کاملاً موافقم	کاملاً مخالفم
۱	وقتی طرحی می‌ریزم مطمئن هستم که می‌توانم آن را انجام دهم.	موافقم	مخالفم
۲	یکی از مشکلات من این است که وقتی می‌بایست کاری را انجام دهم نمی‌توانم از عهده آن برآیم.	موافقم	مخالفم
۳	اگر نتوانم کاری را برای بار اول انجام دهم، به تلاشم برای انجام آن ادامه می‌دهم.	موافقم	مخالفم
۴	وقتی اهداف مهم برای خود تعیین می‌کنم به ندرت به آن دست می‌یابم.	موافقم	مخالفم
۵	قبل از تمام کردن کارهایم آن را رها می‌کنم.	موافقم	مخالفم
۶	از روبرو شدن با مشکلات اجتناب می‌کنم.	موافقم	مخالفم
۷	در صورتی که کار خیلی پیچیده به نظر رسد حتی زحمت امتحانش را به خود نمی‌دهم.	موافقم	مخالفم
۸	هنگامی که کاری را که باید انجام دهم نامناسب است آنقدر پایداری می‌کنم تا آنرا تمام کنم.	موافقم	مخالفم
۹	وقتی تصمیم به انجام کاری گرفتم به طور جدی و دقیق روی همان کار تمرکز می‌کنم.	موافقم	مخالفم
۱۰	هنگامی که می‌خواهم چیز جدیدی بیاموزم اگر در ابتدا موفق نشوم به زودی آنرا رها می‌کنم.	موافقم	مخالفم
۱۱	وقتی مشکل غیر مترقبه‌ای برایم رخ می‌دهد به خوبی از پس آن بر نمی‌آیم.	موافقم	مخالفم
۱۲	از یادگیری مطالب جدید هنگامی که به نظرم مشکل می‌آید اجتناب می‌کنم.	موافقم	مخالفم
۱۳	شکست باعث تلاش بیشتر می‌شود.	موافقم	مخالفم
۱۴	به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد ندارم.	موافقم	مخالفم
۱۵	به خود متکی هستم.	موافقم	مخالفم
۱۶	به سادگی تسلیم می‌شوم.	موافقم	مخالفم
۱۷	توانایی برخورد با اکثر مشکلاتی را که در زندگی برایم پیش می‌آید ندارم.	موافقم	مخالفم



## The effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on self-efficacy and quality of life in women with MS

Maryam. Heidari<sup>1</sup>, *Shahram. Mami*<sup>2\*</sup>, Vahid. Ahmadi<sup>3</sup> & Kianoosh. Khamooshian<sup>4</sup>

### Abstract

**Aim:** According to people with MS, they have low quality of life and low self-efficacy. Therefore, this study was conducted with the aim of investigating self-efficacy and quality of life in women with MS. **Methods:** The current research was of applied purpose and in terms of methodology, it was quasi-experimental with a pre-test-post-test design, a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the study included all women suffering from multiple sclerosis (MS) in Kermanshah during 2019-2020, who had referred to the Imam Reza Educational-Therapeutic Center. Using available and targeted sampling, 45 people were selected and randomly assigned to three groups (schema therapy = experimental group 1; cognitive behavioral therapy = experiment group 2 and control group). The data collection tool included the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996) and Scherer and Maddox Self-Efficacy Questionnaire (1982). After determining and randomly placing the experimental and control groups, therapeutic interventions were applied to the experimental groups in the form of two sessions per week, each session lasting 1.5 hours. A week after the completion of the treatment sessions, the experimental and control groups were subjected to a post-test. Statistical analysis of data was done with SPSS version 25 software. **Results:** Data analysis using Variance analysis of repeated measures showed: Schema therapy and cognitive-behavioral therapy had a significant effect on the quality of life ( $F = 219.49, P = 0.001$ ) and self-efficacy ( $F = 21.929, P = 0.001$ ) of the research sample. Moreover, the significance of Bonferroni's post hoc test indicated the stability of the effects of both treatments. **Conclusion:** According to the results, it is suggested to the health policy makers to take cognitive-behavioral treatment measures and programs to improve the quality of life and self-efficacy of women with MS.

**Keywords:** Multiple sclerosis, self-efficacy, quality of life, schema, cognitive behavioral

1. PhD student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2. **\*Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran  
Email: *shahram.mami@yahoo.com*
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
4. Neurologist, Imam Reza Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran