

کاربست درمان شناختی - رفتاری بر روی عناصر مدل لونتال برای ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

فرهاد هژیر^۱؛ حسن احدی^۱؛ عباس پورشهباز^۲؛ منصور رضایی^{۳*}

چکیده

زمینه: اصلی ترین عارضه روان شناختی بیماری مالتیپل اسکلروزیس، کاهش کیفیت زندگی بیماران است. معدودی مداخله قبلی بر روی این گروه بیماران، فاقد یک مدل نظری پایه برای هدف گیری هستند. نشان داده شده مدل نظری لونتال (بازنمایی های ادراکی از بیماری) با بازده بیماری همبسته می باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر روی عناصر مدل لونتال برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران بود.

روش ها: در یک طرح کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی، ۳۵ بیمار واجد تمایل بر پایه ملاک های ورود، به گروه های آزمایش و کنترل واگذار شدند. یک برنامه مداخله ای چندوجهی بر پایه رویکرد شناختی - رفتاری استفاده شد. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه هفتگی تحت مداخله قرار گرفتند. گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفته و در ۵ جلسه ملاقات گروهی دو هفته یکبار شرکت کردند. از پرسشنامه های IPQ-R و SF-36 برای ارزیابی بازنمایی های ادراکی و کیفیت زندگی استفاده شد.

یافته ها: در بازنمایی های ادراکی از بیماری در ۴ بعد هویت، کنترل شخصی، درک روشن و پیامدهای بیماری، بهبود حاصل شد. همراه با آن، بازنمایی های عاطفی از بیماری و حیطه های جسمانی و روان شناختی کیفیت زندگی نیز ارتقاء یافت ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: درمان شناختی - رفتاری بر پایه ساخت نظری مونی و پادسکی به میانجی تعدیل بازنمایی های ادراکی و عاطفی از بیماری، در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مؤثر است. نتایج این پژوهش تا حدودی با نتایج مداخلات گودمن در بیماران لپوس اریتماتوس سیستمی و به میزان بیشتری با نتایج مداخله پتری در بیماران قلبی مشابه است.

کلیدواژه ها: مالتیپل اسکلروزیس، عناصر مدل لونتال، درمان شناختی - رفتاری، کیفیت زندگی.

«دریافت: ۱۳۹۰/۴/۱۴ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۱۵»

۱. گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

۳. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشکده بهداشت، گروه آمار زیستی، تلفن: ۰۹۱۸۳۳۱۸۹۷۸

Email: mrezaei@kums.ac.ir

مقدمه

به علت سیار بودن علائم و پیش بینی ناپذیری بیماری و آینده، منجر به افت کیفیت زندگی این بیماران می گردد (۱ و ۲). هرچند که میزان شیوع اختلالات خلقی چون افسردگی، اضطراب و هم بودی آن دو، در حدی که مداخله حرفه ای و کلینیکی را ایجاب نماید بیش از دیگر گروه های بیماران مزمن است (۳-۱)، اما عمده ترین تأثیری که این گونه بیماری های مزمن بر روی مبتلایان برجای می گذارد، کاهش کیفیت زندگی است (۱، ۳ و ۴).

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (M.S)، یک بیماری مشترک سیستم ایمنی و عصبی است که در آن سیستم ایمنی به بخش هایی از میلین (Myelin) (روکش سلول های عصبی) حمله، آن را اسکروزه یا زخم نموده و در کار انتقال پیام های عصبی، اختلال ایجاد می کند. در این بیماری علاوه بر علائم و نشانه های جسمانی، عوارض روان شناختی ای نیز ایجاد می شود که خصوصاً

ضمن به بعد واکنش‌های عاطفی انسان به موازات واکنش‌های شناختی او در این گونه موارد، توجه بیشتری می‌دول نموده‌اند (۱۲-۱۰).

بین پیش‌بینی‌های مدل خودتنظیمی (Self-Regulatory Model) لونتال و تئوری‌های زیربنای مداخلات شناختی-رفتاری، سنخیت و هم‌سازی وجود دارد (۱۳-۱۵). لذا پیشنهاد شده، مداخلاتی که بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران مزم انجام می‌شود، باید پایه کار خود را بر تکنیک‌های برگرفته از درمان شناختی-رفتاری استوار کنند (۱۴ و ۱۵).

درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavior Therapy (C.B.T)) در بیماران مزم بر این ایده پایه‌ای استوار است که بین افکار، احساسات عاطفی، حس‌های (علایم) بدنی و رفتاری ارتباط برقرار است (۱۶ و ۱ به نقل از مونی و پادسکی). بدین معنی که افکار منفی ناکارآمد یا ناسودمند راجع به بیماری، بر انگیزان عواطف منفی، رفتار ناسودمند و احساس شدیدتر و وخیم‌تری از علایم بدنی می‌گردد. ساخت نظری مونی و پادسکی از درمان شناختی رفتاری به دلیل تأکید بر نقش احساس‌ها و علایم بدنی در برانگیختن افکار منفی نسبت به بیماری و همچنین فعال‌سازی چرخه معیوبی که آن دو آن را چهارراه التهاب (Hot Cross Bun) نام می‌نهند برای استفاده در بیماران مزم دارای برازش و تناسب بیشتری می‌باشد. این رویکرد درمانی می‌کوشد تا با استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری به تعدیل افکار تحریف‌شده و ناسودمند، اصلاح رفتار ناکارآمد و تعدیل حالات عاطفی منفی بیماران مزم پرداخته و تفسیر آن‌ها از علایم بدنی را از دام تحریف، تشدید و اغراق برهاند. در بررسی منابع مرتبط با موضوع تا سال ۲۰۰۹، مداخله‌ای که در آن بازنمایی‌های ادراکی از بیماری M.S هدف تغییر قرار گرفته باشد، یافت نشد. اما معدودی مداخله C.B.T که در آن‌ها بهبود حالات خلقی بیماران M.S هدف‌گیری شده وجود دارند (۱ و ۲).

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی-

در واقع کیفیت زندگی مربوط به سلامت (Health related quality of life) بدین ترتیب در این بیماران دچار تحول می‌شود که زمانی درک بیماران از سلامت تغییر یافت، درکشان از کیفیت زندگی نیز تغییر می‌یابد و این رابطه، رابطه‌ای دوسویه است (۵ و ۶).

کیفیت زندگی عبارت است از برداشت ذهنی‌ای که هر فرد نسبت به زندگی خود دارد (۷). این وجه ذهنی ناظر است بر جنبه‌های شناختی و عاطفی‌ای که انتظارات، واکنش‌ها و موفقیت‌های (Achievements) هر فرد را رقم می‌زند (۷). درک آدم‌ها از هم‌خوانی یا ناهم‌خوانی بین انتظاراتی که در زندگی دارند و امکانات آن‌ها برای رسیدن به این انتظارات، می‌تواند واکنش‌هایی چون احساس رضایت، شادمانی، خرسندی و کامروایی یا احساس‌هایی بر گردان این حالات را ایجاد نماید. بیماری‌های مزم از جمله M.S، معلولیت‌ها و بیماری‌هایی که به ناگزیر تغییر در سبک و آرایش زندگی را به دنبال دارند در ظرفیت‌ها و توانایی‌های هر فرد برای رسیدن به انتظارات، خواسته‌های ذهنی و فعالیت‌های بدنی دلخواه او، اختلال ایجاد نموده و شکاف بین انتظارات و امکانات را عمیق‌تر می‌کند (۴).

مداخلات روان‌شناختی معدودی برای تأمین سازگاری بیماران M.S صورت گرفته است (۱ و ۲). اغلب این مداخلات، بهبود حالات خلقی این بیماران را برای تأمین سازگاری با بیماری هدف گرفته‌اند (۱ و ۲). به‌علاوه، اغلب مداخلات فاقد یک تئوری علمی پایه بوده‌اند، تئوری پایه‌ای که تحولات روان‌شناختی ناشی از ابتلاء به یک بیماری مزم را توصیف نماید (۴ به نقل از فرای (Fry) و همکاران) و به حساسیت‌ها و ریزنگری‌های روان‌شناختی ناشی از ابتلاء به این قبیل بیماری‌ها توجه نموده باشد. مدل بازنمایی‌های ادراکی از بیماری لونتال هوارد (۸-۱۱)، این خلأ تئوریک را پاسخ می‌دهد و تحولات سیستم شناختی افراد را در شرایط ابتلاء به این گونه بیماری‌ها توضیح می‌دهد. پژوهش‌گرانی به بسط ابعاد شناختی اولیه مطروحه مدل لونتال پرداخته و در

در پژوهش حاضر از نسخه بازنگری شده پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ-R= The revised Illness Perception Questionnaire) که برای سنجش ابعاد بسط یافته مدل لونتال ساخته شده است (۱۰ و ۱۲)، جهت سنجش بازنمایی های ادراکی هفت گانه (بخش شناختی پرسشنامه) و همچنین بازنمایی های عاطفی از بیماری استفاده به عمل آمد.

این پرسشنامه توسط مرکز پژوهش های شناخت، رفتار و فرهنگ (۳۱) به زبان فارسی ترجمه شده است و در گزارش سازندگان آن روایی سازه، ملاکی و گروه های خاص خوبی را از خود نشان داده است (۱۲). در پژوهشی وطنی بر روی بیماران دچار آرتریت روماتوئید، ضرایب همسانی درونی همه مقیاس ها به غیر از سیر بیماری (ادواری)، بالای ۰/۷۸ به دست آمد (۱۷). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی همه مقیاس های این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ به غیر از مقیاس سیر ادواری بیماری ۰/۵۱، در دامنه ای بین ۰/۷۶-۰/۸۸ به دست آمد.

از پرسشنامه فرم کوتاه پیمایش سلامت-۳۶ سؤالی (SF-36=36 Item Short- Form Healthy Survey) که بر پایه ابزار چندمنظوره بررسی بازده طبی (Medical outcome study (MOS)) توسط واره و شربورن (Ware and Sherburn) (۱۹۹۲) بسط یافته است برای سنجش ابعاد متعلق به هریک از حیطه های کیفیت جسمانی و کیفیت روانی زندگی استفاده به عمل آمد. این پرسشنامه، هشت حوزه کارکردی شامل کارکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، ایفای نقش عاطفی، انرژی/نشاط، کارکرد اجتماعی و سلامت روانی را اندازه می گیرد (۵). چهار مقیاس اول، حیطه کیفیت جسمانی زندگی و چهار مقیاس دوم، حیطه کیفیت روانی زندگی را می سنجد. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط منتظری و همکاران به زبان فارسی ترجمه و تطبیق داده شده است. منتظری و همکاران، نسخه ایرانی آن را بر روی یک نمونه تصادفی در تهران اجرا نمودند. ضرایب

رفتاری بر عناصر مدل لونتال برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران بود.

مواد و روش ها

در این کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با واگذاری تصادفی آزمودنی ها به گروه های آزمایش و کنترل، امکان اندازه گیری تغییرات حاصل از مداخله، در عین امکان کنترل تغییرات طبیعی و یا ناشی از ماهیت پیش بینی ناپذیر بیماری M.S فراهم گردید. این پژوهش به شیوه دوسوکور (آزمون گر و بیماران) انجام گرفت.

بر اساس نمونه گیری قضاوتی از میان ۵۲ نفر از بیماران M.S واجد ضوابط شرکت در پژوهش که دارای پرونده مددکاری و پزشکی در مرکز جامع توان بخشی الهیه وابسته به سازمان بهزیستی و دفتر انجمن M.S شهر کرمانشاه (مستقر در همان مرکز) می باشند، نسبت به انتخاب یک نمونه ۳۵ نفره متمایل به شرکت در پژوهش، اقدام به عمل آمد. حجم نمونه بر اساس گزارش مداخلات قبلی توسط گروه کوکران (The Cochrane collaboration) (۲) تعیین شد. به طور تصادفی، ۱۸ نفر به گروه آزمایش و ۱۷ نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند که در نهایت، نتایج ۳۲ نفر (از هر گروه ۱۶ نفر) مورد تحلیل قرار گرفت.

ضوابط ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- حداقل یک سال از تشخیص M.S گذشته باشد، ۲- میزان شدت بیماری از متوسط بیشتر نباشد (بر اساس نمره ۵/۵ و پایین تر در آزمون وضعیت گسترش ناتوانی EDSS (Expanded Disability Status Scale))، ۳- عدم استفاده از درمان های روان شناختی قبلی و عدم مصرف داروهای روان پزشکی از ۳ ماه قبل، ۴- تحصیلات حداقل معادل دیپلم و ۵- حداقل سن ۲۰ سال.

ضابطه خروج از مطالعه نیز عبارت بود از وجود نقائص شناختی (بر اساس نمره پایین تر از ۲۴ در آزمون معاینه مختصر وضعیت روانی MMSE (Mini Mental Status Examination)).

پس‌آزمون همه مقیاس‌ها تحت آزمون کالموگراف-اسمیرنوف قرار گرفتند. برای مقایسه پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های دو گروه با هم در همه موارد از آزمون‌های لون و تی مستقل استفاده شد. سپس در هر گروه به‌طور مجزا بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر متغیر، از آزمون تی زوجی استفاده به‌عمل آمد و در آخرین مرحله برای کنترل متغیرهای مخدوش‌گر و استخراج آثار واقعی مداخله، تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در همه پارامترها محاسبه و بین دو گروه از طریق آزمون‌های لون و تی مستقل، مقایسه به‌عمل آمد.

برای تعیین اعتبار پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، ابتدا ضریب هم‌بستگی کمی پیرسون در مورد همه مقیاس‌های هر دو پرسش‌نامه محاسبه گردید و سپس از روش آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی مقیاس‌های دو پرسش‌نامه استفاده شد. برای آزمون متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون کای-دو استفاده شد.

بیماران این پژوهش مجاز بودند تا در صورت تجربه مجدد عود یا تشدید علائم، با مطلع نمودن درمانگر از پژوهش کناره گیرند. همچنین پژوهشگران، خود را مقید به اجرای برنامه به اعضای گروه کنترل که در لیست انتظار قرار گرفته بودند می‌دانند تا در اولین فرصت آن را به انجام رسانند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمایش $38/0 \pm 9/7$ و گروه کنترل $36/6 \pm 9/8$ سال و میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به M.S در گروه آزمایش $10/9 \pm 6/2$ و گروه کنترل $8/5 \pm 6/7$ سال بود و دو گروه از این نظر تفاوت معناداری باهم نداشتند. همچنین تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهایی چون جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی و تحصیلی نیز وجود نداشت ($P > 0/05$).

بین پیش‌آزمون دو گروه در هیچ‌کدام از مقیاس‌های شناختی IPQ-R، تفاوت معناداری مشاهده نشد. این

همسانی درونی در مطالعه آن‌ها نشان داد که همه هشت مقیاس به استثنای انرژی و نشاط ($\alpha = 0/65$)، با دامنه‌ای از ضرایب آلفای کرونباخ از $0/77-0/99$ ، حداقل استاندارد پایایی را برآورده می‌سازد. آن‌ها نتیجه گرفتند که این پرسش‌نامه دارای روایی و پایایی مناسب برای سنجش کیفیت زندگی مربوط به سلامت در میان جمعیت عمومی است (۱۹).

روایی و پایایی Sf-36 در مطالعات متعدد بر روی بیش از ۳۰۰۰ بیمار در وضعیت‌های گوناگون روانپزشکی به اثبات رسیده است (۵ به نقل از وادن و فیلان (Wadden and Phelan)، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های Sf-36 با روش آلفای کرونباخ، به غیر از مقیاس ایفای نقش عاطفی ($0/30$)، در دامنه‌ای بین $0/56-0/90$ به‌دست آمد.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که هر دو گروه در فاصله ۳ روز به آغاز و ۱۵ روز پس از اتمام مداخله، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. یک روان‌شناس بالینی کارآزموده در C.B.T، مسئولیت اجرای برنامه مداخله‌ای را بر مبنای مسیر تعیین‌شده کتابچه کار مشترکی که برای بیماران و درمان‌گر تهیه شده بود، به‌عهده داشت. دوره درمانی، ۱۰ جلسه ۲ ساعته در ۱۰ هفته متوالی برگزار شد. در فاصله جلسات، ۲۰ دقیقه استراحت داده می‌شد. گروه کنترل نیز در ۵ جلسه گردهمایی به فاصله دو هفته یکبار شرکت کرده و در آن جلسات به بحث راجع به مسایل عمومی پرداختند. طول جلسات برای گروه کنترل، ۱/۵ ساعت بود. این گروه از ابتدا در لیست انتظار قرار داده شده بودند.

برنامه مداخله‌ای بر اساس منابع معتبر (۱، ۱۶-۱۴ و ۲۲-۲۰) و بر حسب نیازهای اختصاصی بیماران M.S طراحی شده و محتوای مطالب یکایک جلسات در کتابچه کار مشترک مندرج شده بود (۱۰ و ۱۱).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 16 استفاده به‌عمل آمد. ابتدا برای تعیین نرمال بودن متغیرهای موردنظر در طرح پژوهش، داده‌های پیش‌آزمون و

یافته‌ها بیانگر آن است که تصادفی‌سازی در بین دو گروه به‌خوبی صورت پذیرفته است.

بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در تمام مقیاس‌های SF-36 به غیر از مقیاس کارکرد جسمی، تفاوت معنادار بود. بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل در مقیاس‌های کارکرد جسمی، سلامت عمومی، کارکرد اجتماعی، انرژی/نشاط و سلامت روانی، تغییرات معناداری در جهت کاهش مشاهده می‌شود که به معنی پسرقت این گروه در ابعاد مذکور است که در اثر عاملی

غیر از مداخله رخ داده است (جدول ۱). تفاضل میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون بین دو گروه در همه مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-36 معنادار بود (جدول ۲) که به معنی اثربخشی مداخله بر کیفیت زندگی بیماران این پژوهش می‌باشد. تغییرات حاصله در چهار مقیاس اول، بیان‌گر اثربخشی مداخله بر حیطه کیفیت جسمانی زندگی بیماران و در چهار مقیاس دوم، بیان‌گر تأثیر مداخله بر حیطه کیفیت روانی زندگی آنان می‌باشد.

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات پیش و پس‌آزمون دو گروه در پرسشنامه (SF-36)

Pvalue	پس‌آزمون		پیش‌آزمون		مقیاس
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۸	۲۸/۵۴	۶۴/۶۸	۳۰/۹۲	۵۵/۶۲	۱- کارکرد جسمی
۰/۰۰۳	۲۶/۹۵	۶۷/۱۸	۳۹/۷۹	۵۰	۲- ایفای نقش جسمی
۰/۰۰۱	۲۲/۱۲	۷۲/۳۴	۱۷/۷۶	۵۶/۷۱	۳- دردهای بدنی
۰/۰۰۱	۱۷/۴۰	۶۵/۶۲	۲۰/۰۱	۵۱/۲۵	۴- سلامت عمومی
۰/۰۰۷	۲۵/۷۳	۶۴/۵۸	۳۵/۹۳	۴۳/۷۵	۵- ایفای نقش عاطفی
۰/۰۰۱	۱۸/۲۳	۸۲/۰۳	۲۱/۸۳	۶۷/۱۸	۶- کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۱۴/۹۶	۶۵/۹۳	۱۵/۷۰	۵۲/۱۸	۷- انرژی و نشاط
۰/۰۰۱	۱۴	۷۱/۵۰	۱۵/۱۷	۵۸/۵۰	۸- سلامت روانی
۰/۰۰۱	۱۹/۸۵	۵۵/۹۳	۱۹/۲۲	۶۴/۳۷	۱- کارکرد جسمی
۰/۲۷	۲۸/۴۵	۳۲/۸۱	۲۴/۱۵	۳۷/۵۰	۲- ایفای نقش جسمی
۰/۱۴	۲۱/۵۰	۴۹/۶۰	۱۷/۱۰	۵۳/۵۹	۳- دردهای بدنی
۰/۰۳	۱۹/۸۵	۵۰/۹۳	۲۰/۷۷	۵۵/۳۱	۴- سلامت عمومی
۰/۱۰	۲۵/۷۳	۳۵/۴۱	۲۹/۱۰	۴۳/۷۵	۵- ایفای نقش عاطفی
۰/۰۰۸	۲۰	۵۲/۳۴	۱۶/۳۷	۶۴/۰۶	۶- کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۵	۱۷/۲۴	۴۵/۹۳	۱۶/۵۵	۵۰/۹۳	۷- انرژی و نشاط
۰/۰۱	۱۶/۳۴	۴۸/۷۵	۱۶/۱۹	۵۴/۲۵	۸- سلامت روانی

گروه آزمایش

گروه کنترل

جدول ۲- مقایسه میانگین تفاضل نمرات پیش و پس آزمون دو گروه در پرسشنامه (SF-36)

Pvalue	شاخص ها				مقیاس
	گروه کنترل		گروه آزمایش		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۴	۸/۳۱	-۸/۴۳	۱۹/۷۶	۹/۰۶	۱- کارکرد جسمی
۰/۰۰۲	۱۶/۳۷	-۴/۶۸	۱۹/۸۳	۱۷/۱۸	۲- ایفای نقش جسمی
۰/۰۰۱	۱۱/۸۷	-۴/۵۳	۷/۸۷	۱۵/۶۲	۳- درد بدنی
۰/۰۰۱	۷/۵۰	-۴/۳۷	۱۰/۴۶	۱۴/۳۷	۴- سلامت عمومی
۰/۰۰۱	۱۹/۲۴	-۸/۳۳	۲۶/۸۷	۲۰/۸۳	۵- ایفای نقش عاطفی
۰/۰۰۱	۱۵/۴۵	-۱۱/۷۱	۹/۳۷	۱۴/۸۴	۶- کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	۶/۰۶	-۵	۷/۶۳	۱۳/۷۵	۷- انرژی و نشاط
۰/۰۰۱	۷/۷۱	-۵/۵۰	۸/۷۰	۱۳	۸- سلامت روانی

بحث

حالات عاطفی و هیجانی نیز بر فرآیندهای شناختی که به طور تنگاتنگ در تعبیر و ارزش گذاری تجربه دخیل اند، اثر می گذارند (۱۳).

از آنجا که به قول دایچ کرز (۷)، برداشت از کیفیت زندگی دارای وجوه عاطفی و شناختی است، در واقع دو دسته تغییرات مثبت مذکور موجب تغییر در این وجوه یا برداشت از کیفیت زندگی گردید که تجلی آن را هم در تغییر چهار بعد سازنده حیطه جسمانی کیفیت زندگی و هم تغییر چهار بعد سازنده حیطه روانی آن می بینیم.

در واقع، مجموعه دو دسته از تغییرات در برداشت از مخاطرات و عواقب بیماری و هم چنین ارزش گذاری عاطفی آن منجر به تغییر در برداشت بیماران از شکافی گردید که در اثر ابتلاء به M.S بین توانایی ها و امکانات خود و آرزوها و اهداف خویش در زندگی، احساس می کردند (۷). کاهش در این شکاف را می توان عامل ارتقاء کیفیت زندگی بیماران به شمار آورد.

یک نکته قابل تأمل و توجه در پژوهش حاضر و در عین حال دارای امکان تبیینی در خصوص تغییرات مثبت همایتد در حیطه های کیفیت جسمانی و روانی زندگی

هدف مداخله حاضر آن بود که در نگرش های بیماران، تغییراتی حاصل شود تا در کنار پذیرش واقعیت بیماری خود، مزمن یا ادواری بودن آن و عدم وجود درمان قاطع طبی در زمان حال برای این بیماری بتوانند با تعدیل برداشت منفی از تأثیر بیماری بر جسم و زندگی خود، از عوارض جسمی و روانی آن کاهیده، احساس به زیستی کنند و بیماری را با خود حمل نمایند.

آنچه در تبیین تحولات حاصل شده در هر دو حیطه کیفیت جسمانی و روانی زندگی بیماران این پژوهش می توان گفت آن است که به دلیل تغییر در ابعاد چهارگانه شناختی این پژوهش که همراه با آن تعدیل در بازنمایی های عاطفی از M.S نیز رخ داد مجموعاً به کاهش برداشت خطرساز، غیرقابل کنترل و بدعاقبت از بیماری، نسبت به دوره قبل از ورود به پژوهش بیماران انجامید.

بدان معنی که نه تنها تغییرات شناختی، بلکه تغییر در بازنمایی های عاطفی از بیماری نیز منجر به کاهش ارزش گذاری و تعبیر منفی از بیماری گردید (۱۳)، به قول کلارک و فیربورن، نه تنها فرایندهای شناختی بلکه

نمی‌توانند بر فرآیند درمان متمرکز شده و درگیر یادگیری مهارت‌های آن شوند.

اما یافته‌های این مطالعه با نتایج مداخله پتری و همکاران (۱۵) بر روی بیماران رهیده از سکتة قلبی از مشابهت بیشتری برخوردار است. در آن مداخله هم تعداد بیشتری از ابعاد بازنمایی‌های ادراکی از بیماری، تغییرات مثبت پدید آمد و هم برخی از شاخص‌های کیفیت زندگی ارتقاء یافت. تفاوت مهم دو پژوهش در زمان‌بندی مداخله (در محل بیمارستان بوده تا این که یک سال از زمان اطلاع و پذیرش بیماری گذشته باشد) و زمان انجام آن (مداخله آن‌ها شاید با بیماری قلبی تناسب بیشتری نسبت به بیماری M.S دارد) بود.

این نتایج، نتیجه‌گیری کلی سیج، توماس و بروگی من (۱، ۲ و ۲۹) را نیز، که C.B.T با تغییر در افکار منفی و تحریف شده بیماران M.S به آن‌ها در سازگاری با بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی کمک می‌کند، مورد تأیید قرار می‌دهد هرچند که به‌طور مشخص، منظور آن‌ها از افکار منفی، ابعاد شناختی مرتبط با بیماری صورت‌بندی شده توسط لونتال نیست.

پسرفت ابعادی در کیفیت جسمانی و روانی زندگی بیماران گروه کنترل این پژوهش را می‌توان یا ناشی از ماهیت نوسانی بیماری M.S دانست و یا به‌دلیل آن‌که پس‌آزمون پژوهش درست در اواسط مردادماه صورت گرفت. احتمال قوی‌تر آن است که گرمای شدید موجب پسرفت وضع جسمانی این بیماران (۳۰) و به تبع آن نزول ابعادی از کیفیت روانی زندگی آنان گردیده باشد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی- رفتاری به‌دلیل تأکید ویژه‌ای که در آن بر نقش علایم و حس‌های بدنی در برانگیختن افکار منفی در بیماران مزمن می‌شود می‌تواند با تغییر بازنمایی‌های ادراکی از بیماری (مدل لونتال) بیماران M.S در کیفیت زندگی این بیماران ارتقاء پدید آورد. از آن‌جا که در جامعه ما سلامت در تلقی دیگران، ارزش و

بیماران، متعاقب مداخله روان‌شناختی، توجه به ارتباط بین سیستم‌های عصبی، ایمنی و روانی است. در رشته جدید ایمنی‌شناسی عصبی-روانی، شواهد نیرومندی دال بر ارتباط بین این سه سیستم وجود دارد (۲۶) به نقل از مایر (Mayer) و همکاران، (۱۹۹۴). از آن‌جا که بیماری M.S مشترک سیستم ایمنی و عصبی می‌باشد، به رغم آن‌که هنوز مشخصاً در مورد چگونگی ارتباط این سه سیستم در M.S، شواهد علمی در دست نیست اما چنانچه آن اصل کلی حاکم بر ارتباط این سه سیستم را بپذیریم آن‌گاه می‌توان این احتمال را نیز مطرح دانست که تغییرات در حیطه کیفیت روانی زندگی این بیماران ممکن است تغییرات در سیستم ایمنی را میانجی نموده و به این سیستم، فرصت اثربخشی بر بهبود حیطه کیفیت جسمانی زندگی بیماران را بخشیده باشد، تغییراتی که حاصل جمع آن بهبود کیفیت زندگی بیماران است. مطالعات بیشتر و با پیگیری نتایج بلندمدت‌تر آن‌ها لازم است انجام شود تا بتوان در این زمینه با یقین بیشتر و قاطع‌تر سخن گفت.

در هر حال چنانچه این تغییر در حیطه کیفیت جسمانی زندگی توسط این مکانیزم نیز رخ نداده باشد، گزارش شده که ارتباط بین سلامت و کیفیت زندگی، ارتباطی دوسویه است (۵ و ۶)، بدین معنی که زمانی که درک بیماران از سلامت تغییر یافت، درک آن‌ها از کیفیت زندگی نیز تغییر می‌یابد و این نشان می‌دهد که مداخله موفق به تغییر درک بیماران شده است.

نتایج این پژوهش تا حدودی با نتایج مداخله گودمن و همکاران (۱۴) بر روی بازنمایی‌های ادراکی بیماران دچار لوپوس اریتماتوس سیستمی (SLE Systemic Lupus Erythematosus) مشابه است. تفاوت دو بیماری، حجم کم‌تر نمونه (n=۱۱) و میزان شدت بالای بیماری بیماران مداخله مذکور را می‌توان از علل عدم مشابهت بالای دو پژوهش به‌شمار آورد. زیرا وقتی که میزان شدت بیماری بالاست، بیماران از مداخلات روان‌شناختی کمترین بهره را می‌برند (۲۸). زیرا که

آتی ضمن تکیه بر ساختار و محتوای همین برنامه به سمت نمایش تصویری نکات برجسته، کاهش متن نوشتاری و افزایش توضیحات شفاهی درمان‌گر حرکت نماید تا بتواند C.B.T را برای بیماران کم‌سوادتر نیز قابل استفاده سازد.

بیماری، نقص تلقی می‌گردد لذا به غیر از علایم بدنی، بازخورد دیگران در شکل‌گیری احساس هویت بیمار، واجد نقش می‌باشد. بدین دلیل پژوهشگران علاقه‌مند به کار بر روی مدل لونتال بهتر است در فکر توسعه مقیاس هویت بیمار این مدل و افزودن یک بخش دیگر بدان تحت عنوان هویت بازخوردی باشند. برنامه مداخله‌ای

References

1. Sage N, Sowden M, Chorlton E, Edeleau A. CBT for chronic illness and palliative care; A workbook and Toolkit. Sussex: John Wiley & Sons. 2008.
2. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R. Psychological intervention for multiple sclerosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009.
3. Siegert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(4):469-75.
4. Falvo D. Medical and psychological aspects of chronic illness and disability. 3rd ed. Canada: Jones and Bartlett Publishers. 2005;16-17.
5. Sadeghi Kh. [The effectiveness of cognitive- Behavioural therapy in treating patients with obesity (Persian)]. PhD thesis in clinical psychology. Tehran: Tehran psychiatric Institute, Iran University of Medical Sciences. 2007; 92-4.
6. Diner E, Seligman MEP. Beyond money: toward an economy of well being. *Psychological Science in the public interest*. 2004; 5(1): 1-31.
7. Dijkers MP. Quality of life of individuals with spinal cord injury: a review of conceptualization, measurement, and research findings. *J Rehabil Res Dev*. 2005;42(3 Suppl 1):87-110.
8. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self- regulation of health and illness. In: Comeron LD, Leventhal H. *The self- regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge. 2003; 42-65.
9. Pimm TJ, Byron MA, Curson D, Weinman J. Personal illness models and the self-management of arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1994; 37(9 Suppl): S358.
10. Hazhir F. [The application of cognitive- Behaviour therapy for altering illness representations of (M.S) patients and improving their quality of life (Persian)]. PhD thesis in health psychology. Karaj: Islamic Azad University. 2011.
11. Hazhir F, Ahadi H, Pourshahbaz A, Rezaei M. [The effectiveness of cognitive- behavior therapy on illness representations of multiple-sclerosis patients and improving their emotional states(Persian)]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 15(6): 414-27.
12. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. [The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)]. *Psychology and Health*. 2002; 17(1):1-16.
13. Clark DM, Faibairn CG. *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press. 1996.
14. Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossingham D. The application of cognitive- behavior therapy in altering illness representations of systemic lupus erythematosus. *Behav Change*. 2005; 22: 156-71.
15. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2002;64(4):580-6.
16. Padesky CA, Mooney KA. Clinical tip: Presenting the cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*. 1990; 6: 13-4.
17. Masoudnia E. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms. An appraisal of self-regulation model. *Journal of Behavioral Sciences*. 2008; 2(3): 271-82.
18. Sadeghi Kh, Gharaee B, Mazhari SZ. [Effectiveness of cognitive- bbehavioral treatment in treating of patients with obesity(Persian)]. *Andeeshe va Raftar*. 2010;16(2): 107-17.
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
20. Bryant RA, Harvey AG. Acute stress disorder: A handbook of theory, assessment and treatment. American Psychological Association (APA). 2000: 87-134.
21. Taylor RR. *Cognitive Behavioral Therapy for chronic Illness and disability*. Chicago: University of Illinois. Department of occupational therapy. 2000; MC 811.

22. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. Guilford press. 1995; 63-89.
23. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press. 1976.
24. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press, (1979).
25. Sanderson, C. A. [Health psychology]. New York: Willey. 2004; 260-61.
26. Sarafino EP. Health psychology. Translated by a group of translators under supervision of Mirzaei E, 1st ed. Tehran: Roshd Publisher. 2005; 188-92, 252-62.
27. Seligman MEP. Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman. 1975.
28. Guthrie E. Emotional disorder in chronic illness: psychotherapeutic interventions. Br J Psychiatry. 1996;168(3):265-73.
29. Bruggimann L, Annoni JM. Management of Anxiety disorders in neurological disease. Schweitzer Archive for Neurology and psychiatry. 2004; 155: 407-13.
30. Ropper AH, Brown RH. Adams and victor's principles of Neurology. 8th ed. MCGraw Hill. 2005;776.
31. Ghasemzadeh H, Arjmand M, Mohsenifar S, Hamidpour H. [The revised Illness Perception Questionnaire(Persian)]. available at IPQ-RWebsite.