Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2025, Volume 22, Issue 4

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on the Rutgering Approach (In-person and Online) on Fatigue, Death Anxiety, and Body Image in MS Patients

Parand Aber[1], Hasan rezaei Jamaloui[2], Mehdi Taheri[3]

1. Phd of Student of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate Professor of Health Psychology, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Assistant Professor of Department of Psychology, Faculty of Humanities, Sadjad University, Mashhad, Iran.

Abstract

Aim and Background: Multiple Sclerosis (MS) is one of the central nervous system disorders that poses numerous challenges regarding the psychological adjustment of affected individuals worldwide. Psychological interventions can be utilized to address these challenges. This study aimed to investigate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) based on the Rutgering approach (delivered in a hybrid format of in-person and online sessions) on health anxiety, death anxiety, and body image in MS patients in Tehran.

Methods and Materials: The research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest and follow-up structure for both the intervention and control groups. Using convenience sampling, 30 MS patients registered with a rehabilitation charity in Tehran who scored above the mean on health anxiety, death anxiety, and body image questionnaires were selected. These participants were randomly assigned to two groups of 15. The intervention group received CBT sessions based on the Rutgering et al. (2022) approach in a hybrid in-person and online format.

Findings: The results of repeated measures ANOVA indicated that implementing the hybrid CBT protocol significantly improved health anxiety and body image and reduced death anxiety in MS patients (P = 0.01).

Conclusions: The findings suggest that CBT based on the Rutgering approach is effective in addressing psychological characteristics such as health anxiety, body image, and death anxiety in MS patients. Therefore, it can be considered a complementary treatment alongside other therapeutic methods for MS patients.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Health Anxiety, Death Anxiety, Body Image, Multiple Sclerosis.

Citation: Aber P, Rezaei Jamaloui H, Taheri M. **The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on the Rutgering Approach (In-person and Online) on Fatigue, Death Anxiety, and Body Image in MS Patients.** Res Behav Sci 2025; 22(4): 654-665.

*** Hasan rezaei Jamaloui,**
Email: h.rezayi2@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

اثربخشی درمان شناختی –رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ (حضوری– آنلاین) بر خستگی، اضطراب مرگ و تصویربدنی بیماران ام اس

پرند عابر[1]، حسن رضایی جمالوئی[2]، مهدی طاهری[3]

۱– دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲– (نویسنده مسئول) *دانشیار روانشناسی سلامت، مرکز توسعه پژوهش‌های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳– استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سجاد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ام اس یکی از بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی است که چالش‌های زیادی را در خصوص سازگاری روانشناختی افراد مبتلا در تمام دنیا ایجاد کرده است. در این خصوص مداخلات روانشناختی می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند. هدف از پژوهش حاضر نیز بررسی اثربخشی درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ حضوری– آنلاین بر اضطراب سلامت، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در بیماران ام اس شهر تهران بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون–پس آزمون و پیگیری برای دو گروه مداخله و کنترل بود. با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس، ۳۰ نفر از بیماران ام اس دارای پرونده در خیریه توانمندسازی شهر تهران که در پرسشنامه اضطراب سلامت، اضطراب مرگ و تصویر بدنی نمره بالاتر از میانگین داشتند، انتخاب شدند. با استفاده از گمارش تصادفی، در هر دو گروه، ۱۵نفر جایگزین شدند. گروه مداخله جلسات درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) را به صورت تلفیقی حضوری–آنلاین دریافت کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد اجرای حضوری–آنلاین پروتکل درمان توانست باعث بهبود اضطراب سلامت، تصویر بدنی و کاهش اضطراب مرگ در بیماران ام اس شود (P=۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج به نظر می‌رسد که درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ بر ویژگی‌های روانشناختی بیماران ام اس از جمله اضطراب سلامت، تصویر بدنی و اضطراب مرگ اثربخش است که می‌توان به عنوان یک درمان مکمل در کنار روش‌های درمانی دیگر برای بیماران ام اس استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی–رفتاری، اضطراب سلامتی، اضطراب ناشی از مرگ، تصویر بدنی، مولتیپل اسکلروزیس.

ارجاع: عابر پرند، رضایی جمالوئی حسن، طاهری مهدی. **اثربخشی درمان شناختی –رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ (حضوری– آنلاین) بر خستگی، اضطراب مرگ و تصویربدنی بیماران ام اس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۳؛ ۲۲(۴): ۶۵۴–۶۶۵.

*– **حسن رضایی جمالوئی،**

رایانامه: h.rezayi2@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

مقدمه

ام اس (مولتیپل اسکلروزیس)، یکی از بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که مغز و نخاع را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سن بروز بیماری اکثرا بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. شیوع بیماری در ایران طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۲۰ تا۶۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر و میزان ابتلا در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است. استعداد و ساختار جسمی فرد، اختلال در تعادل سیستم ایمنی، عوامل محیطی و نژادی، مواجهه فرد با ویروس‌ها در طول زندگی، واکسیناسیون و استرس از جمله عواملی هستند که باعث این بیماری می‌شوند و همچنین عوامل روانشناختی زیادی شامل خلق، خودکارآمدی بیش از متغیرهای بیولوژیک در کیفیت زندگی این بیماران نقش دارند. بنابراین مطالعات مداخله‌ای بایستی‌عامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند (۱). در ۵ تا ۱۵ درصد موارد، ام اس، پیشرونده است که با پیشرفت آهسته ناتوانی بدون عود، مشخص می‌شود. پس از ۱۰ تا ۲۵ سال بیماری به شکل پیشرونده ثانویه که پیشرفت تدریجی بیماری را دارد، تبدیل می‌گردد (۲). در بیماری ام اس، علائم بالینی قابل توجه‌ای شایع است که با میزان تخمینی از ۶۳ درصد با درد، ۵۱ درصد با تصویر بدنی نامطلوب، ۷۴ درصد با خستگی، ۳۵ درصد با افسردگی، و ۵۷ درصد با اضطراب همراه می‌باشد. این علائم تاثیرات عمیق بر زندگی روزمره افراد مبتلا به ام اس می‌گذارند. خستگی، که افراد اغلب آن را ناتوان کننده ترین علامت توصیف می‌کنند، باعث مشکلات مربوط به کار (مثلاً بیکاری) و کاهش مشارکت اجتماعی می‌شود (۳). علائم خستگی، افسردگی و درد اکثر بیماران ام اس را تحت تاثیر قرار می‌دهد و بار قابل توجهی برای بیماران و جامعه ایجاد می‌کند. پاتوفیزیولوژی این علائم به طور کامل واضح نیست و درمان‌های فعلی فقط تا حدی موثر بودند (۴).

همانطور که اشاره شد یکی از عوارض روانشناختی بیماری ام اس در افراد، اضطراب است و اضطراب در بیماران ام اس شایع و حدود ۵۷ درصد گزارش شده است (۳). علائم عاطفی در بیماران ام اس با کیفیت زندگی، نمرات خستگی، ناتوانی، پیشرفت تهاجمی ام اس و شدت افزایش علائم تصویر بدنی نامطلوب از خود ارتباط معناداری دارد (۵). نگرانی قابل توجهی در مورد داشتن یک وضعیت پزشکی جدی، می‌تواند حتی با وجود تضمین‌های پزشکی تداوم یابد (۶). برای اکثر افراد با بیماری مزمن بر طبق مدل شناختی، اضطراب سلامتی ناشی از تفسیر نادرست احساسات بدنی و اطلاعات فاجعه بار مربوط به بیماری است که با تلاش برای مقابله با این تهدیدات بالقوه برای سلامت از طریق درگیر شدن با رفتارهای مقابله‌ای مانند اجتناب و افزایش خودآزمایی و نظارت بر علائم، دیده می‌شود (۷). پژوهش‌ها نشان دادند که اضطراب سلامت در بیشتر افراد مبتلا به ام اس وجود دارد که تاثیر منفی بر میزان ناتوانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، آنها می‌گذارد (۸).

اضطراب مرگ یکی دیگر از علائم روانشناختی شایع در بیماران ام اس می‌باشد که تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی آنها دارد، عملکرد آنها را محدود و هزینه‌های سنگینی را به آنها و خانواده‌شان تحمیل می‌نماید (۹). اضطراب مرگ نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ اتفاق می‌افتد، رخ می‌دهد (۱۰). اضطراب مرگ یک ساختار پیچیده‌ای است که ممکن است شامل طیفی از ترس‌های خاص شامل روند مرگ، فنای نفس، تماشای مرگ عزیزان، جدایی از عزیزان، مرگ زودرس، مجازات احتمالی پس از مرگ و اینکه دیگران چگونه با غیبت فرد کنار می‌آیند (۱۱). ترس از مرگ توانایی ایجاد حس بی معنا بودن و ناتوانی را ایجاد می‌کند و ممکن است به طور جدی مانع تجربه شادی در فرد شود و برخی افراد ممکن است به سمت راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب هدایت شوند (۱۲). همچنین اضطراب مرگ با کاهش رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و بروز ناراحتی در خانواده‌ها رابطه منفی و بالایی دارد و به طور جدی بر سلامت جسمی و روانی تأثیر می‌گذارد (۱۰). در واقع حضور اضطراب مرگ در بیماران مزمن از جمله بیماری ام اس؛ ممکن است منجر به تمایل به تسریع مرگ و خودکشی به کمک پزشک در بیمار شود که تسکین اضطراب مرگ به عنوان یک ضرورت برای مراقبت از بیماران لاعلاج و بیماران تحت مراقبت همچون بیماری ام اس محسوب می‌شود (۱۱).

و اما از دیگر ویژگی‌های روانشناختی تحت تاثیر بیماری ام اس، تصویر بدنی است (۱۳). تصویربدنی در افراد مبتلا به ناتوانی جسمی به عنوان یک درک روانشناختی تعبیر می‌شود که با استفاده از عوامل اجتماعی ناتوانی قابل تفسیر است (۱۴). همچون بیماری ام اس که به شدت می‌تواند تصویر بدنی واحساس جذابیت را تحت تأثیر قرار دهد، زیرا زمانی که بیماران نمی‌توانند با تغییرات خود مواجه شوند و آن را با بدن ایده آل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

قبلی خود تطابق دهند، ارزیابی‌شان از کل بدن نیز دچار تغییر خواهد شد (۱۳). پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهد که اختلال تصویر بدن اجزای ادراکی و عاطفی دارد. جزء ادراکی به اختلال در ادراک بدن فرد که قادر به ارزیابی دقیقی از بدن خود نیست و جزء عاطفی به اختلال در نگرش واحساسات فرد نسبت به بدن خود که باعث می‌شود که فرد به شدت از بدن خود ناراضی باشد (۱۵). بسیاری از افراد مبتلا به ام اس نارضایتی خود را از تصویر بدنی خود گزارش می‌کنند و نیاز مبرمی به شناسایی مداخلات مؤثری که تجربه خستگی، اضطراب مرگ را کاهش و بهبود تصویر بدنی می‌دهند وجود دارد (۱۴).

بیماران مبتلا به ام اس و دیگر بیماری‌های مزمن جسمانی معمولا بلافاصله بعد از تشخیص ممکن است آشفتگی‌های روانشناختی بروز دهند که با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دست خوش تغییر شود. پژوهش‌های متعددی اثربخش بودن درمان‌های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۶) و درمان متمرکز بر شفقت (۹) را بر کاهش آشفتگی‌های روانشناختی بیماران ام اس و دیگر بیمارهای مزمن را گزارش می‌دهد. همچنین مداخلات روانی–اجتماعی از جمله درمان شناختی–رفتاری، به طور فزاینده‌ای برای کاهش اضطراب، بهبود عملکرد و خلق وخوی توصیه شده است و پژوهش‌های صورت گرفته اثربخشی آن را در مبتلایان به ام اس از جمله خانعلی و لطفی کاشانی (۱۷)، شاره و رباطی (۱۸)، مقصود لو و ثناگو و شیرازی (۱۹)، گی و همکاران (۲۰) و زاروتی و همکاران (۲۱) مورد تأیید قرار داده‌اند. با این حال مشابه رویکردهای دارویی، ۵۰ درصد از کسانی که از این درمان بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند (۲۲). از این‌رو اثرات پیشگیرانه این درمان مورد تردید واقع می‌شود. درمان شناختی–رفتاری معمولا به محدود کردن شناخت‌های ناسازگار و فعال کردن رفتارهای مناسب، با تأکید کمتر بر تقویت نقاط قوت تمرکز دارد (۲۳). همچنین درمان شناختی–رفتاری از روترینگ و همکاران (۲۰۲۲)، مداخله‌ای است که متناسب برای بیماران مزمن تدوین شده است که تمرکز اصلی بر خستگی ناشی از درمان بیماری مزمن و خود بیماری و همچنین ناتوانی‌های شناختی است که عوامل اصلی مشکلات روانشناختی در بیماران با بیماری مزمن مثل ام اس می‌باشند (۲۴). بنابراین باید پژوهشی صورت می‌گرفت تا تاثیر درمان شناختی رفتاری، را بر اضطراب سلامت، اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس در کشورمان را مورد بررسی قرار دهد. از اینرو، اهمیت انجام پژوهشی در این زمینه محسوس بود و پژوهش حاضر نیز با هدف پرکردن این خلا و انجام این مهم صورت گرفت. بنابراین پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی –رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ بر اضطراب سلامت، اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه آزمایشی پیش آزمون– پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران ام اس دارای پرونده در خیریه توانمندسازی بیماران ام اس شهر تهران بودند. بر طبق نظر تاپاچینک و فیدل (۲۰۱۳) در تحقیقات آزمایشی و شبه آزمایشی، می‌توان به ازای هر گروه آزمایش و کنترل، ۱۵ نفر انتخاب کرد. بنابراین از میان بیماران ام اس دارای پرونده در خیریه توانمندسازی بیماران ام اس، ۳۶ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند با احتمال ریزش، با روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۸ نفر (۱۲ زن و ۶ مرد) و کنترل (۱۸ نفر (۱۴ زن و ۴ مرد) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دریافت تشخیص بیماری ام اس توسط متخصص و پزشک بیماری‌های مزمن، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهشی، دامنه سنی ۲۰ الی ۵۰ سالگی، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سوالات، نداشتن اختلال جسمانی و روانشناختی که مانع شرکت در پژوهش شود، نداشتن اختلال زمینه‌ای، نداشتن سابقه خانوادگی بیماری، عدم دریافت داروهای تثبیت کننده خلق در زمان تشخیص و در طول دوره پژوهش، حداقل شش ماه از تشخیص نهایی بیماری گذشته باشد، عدم وجود علائم شدید مربوط به بیماری ام اس که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد، عدم ابتلا به یکی از بیماری های شدید جسمانی و وجود معلولیت های جسمانی ، عدم تشخیص اختلال شدید روانی نظیر افسردگی و اضطراب شدید و معیارهای خروج از مطالعه شامل دو جلسهٔ غیبت یا بیشتر توسط بیماران ام اس، دریافت سایر مداخلات روانشناختی در زمان انجام پژوهش و داشتن سابقه ابتلا به بیماری کمتر از ۶ ماه و اختلال بارز که با مصاحبه با بیمار و بررسی پرونده پزشکی احراز می‌شود؛ بودند.

پرسشنامه اضطراب سلامت (Health Anxiety Questionnaire): در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه که توسط سالکوسیکس و وارویک (۲۰۰۲) طراحی شده و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

مشتمل بر ۱۸ سؤال بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ (از کاملاً مخالف تا کاملاموافق) استفاده شد. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس در دامنه‌ای از ۰ تا ۵۴ است. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس به نام‌های ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی می باشد. سالکوسیکس و وارویک (۲۰۰۲) اعتبار آزمون ـ بازآزمون این پرسشنامه را ۰/۹۰ به دست آورد و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش کردند. این پژوهشگران برای سنجش روایی از پرسشنامه مقیاس باورهای بیماری استفاده کردند. روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۶۳ گزارش کردند. این پرسشنامه در ایران توسط نرگسی و همکاران (۲۵) هنجاریابی شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ و همچنین آلفای کرونباخ برای عامل نگرانی کلی سلامتی مساوی ۰/۵۹، برای ابتلا به بیماری ۰/۶۰ و برای پیامدهای بیماری ۰/۷۰ گزارش کردند که نتایج حاکی از پایایی قابل قبول برای این پرسشنامه است. همچنین تحلیل عاملی تائیدی برای بررسی روایی این پرسشنامه مورداستفاده قرار گرفت که نتایج آن نشان داد اضطراب سلامت یک سازه سه عاملی است و وجود ابعاد ابتلا به بیماری، پیامدهای بیماری و نگرانی کلی سلامتی در آن مورد تائید است (۲۵).

پرسشنامه اضطراب مرگ (Death Anxiety Questionnaire): این پرسشنامه توسط تمپلر (۱۹۷۰) تهیه شده است. این مقیاس ۱۵ سوال دارد. شرکت کنندگان پاسخ-های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می-کنند که پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب مرگ در فرد است. نمرات در دامنه‌ای بین صفر تا ۱۵ قرار گیرد و هرچه نمره فرد بیشتر باشد، نشان دهنده وجود اضطراب مرگ بیشتر در او است. تمپلر (۱۹۷۰)، روایی این مقیاس را از طریق همبسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و مقیاس افسردگی ۰/۴۰، گزارش کردند و ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش کرده است. در ایران این پرسشنامه توسط مهدی فر و همکاران (۲۶)، هنجاریابی شد. جهت سنجش ضریب پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب ۰/۷۱ گزارش کردند که نشان دهنده ضریب پایایی قابل قبول این مقیاس است (۲۶).

پرسشنامه تصویر بدنی (Body Image Questionnaire): این پرسشنامه‌ی ۱۹ سؤالی توسط لیتلتون، اکسوم و پری (۲۰۰۵) ساخته شده است که به بررسی نارضایتی فرد درباره‌ی ظاهرش می‌پردازد. این پرسشنامه روی مقیاسی پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملا مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملا موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمرات آزمودنی از جمع نمرات مولفه‌ها به دست می آید. حداقل و حداکثر نمره این پرسشنامه به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است که نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. این پرسشنامه شامل ۲ خرده مقیاس، نگرانی درباره ی بدشکلی ظاهر و تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر در عملکرد اجتماعی طراحی شده است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. این پرسشنامه توسط محمدی و سجادی نژاد (۲۷)، در ایران هنجاریابی شده است. ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آوردند (۲۷).

روش اجرا: روند اجرای پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به خیریه توانمندسازی بیماران ام اس شهر تهران و هماهنگی با مدیریت بیمارستان و مرکز، اجرا انجام گرفت. از بین بیماران ام اس، ۳۶ بیمار با توجه به ملاک‌های ورودی (کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی) به صورت در دسترس انتخاب‌شده، در این مرحله، دفترچه مربوط به فرم رضایتنامه آگاهانه و اطلاعات زمینه‌ای (جمعیت شناختی) به بیماران منتخب ارائه شد و بعد از آن، به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۱۸ نفر (۱۲ زن و ۶ مرد) و کنترل (۱۸ نفر (۱۴ زن و ۴ مرد) تخصیص یافتند. برای گروه مداخله به صورت گروهی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) برگزار شد. گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در هر دو گروه قبل از شروع و بعد از اتمام کامل جلسات تکمیل شد. دو ماه بعد از اتمام جلسات مجدداً با شرکت-کنندگان در طرح تماس گرفته شد و از آن‌ها تقاضا شد مجدد پرسشنامه‌های اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی را در مرحله پیگیری تکمیل کنند. همچنین پس از اتمام مداخله،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.48305/22.4.654]

برای گروه کنترل نیز جلسات درمان شناختی-رفتاری اجرا شد. این پژوهش برخی اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. افزون بر این پژوهش دارای گواهی اخلاق، از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.186 است. متاسفانه پس از اتمام مداخله، ۳ نفر از گروه مداخله به دلیل مشکلات جسمی و دو نفر از گروه کنترل به دلیل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها از پژوهش خارج شدند، بنابراین تجزیه و تحلیل داده‌ها با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک و دو گروه ۱۵ نفره، با تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از SPSS26 انجام شد.

این مداخله شناختی-رفتاری شامل ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یکبار به صورت حضوری به همراه یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آنلاین به صورت گروهی توسط پژوهشگر (نویسنده اول، ۱۰ سابقه کار با بیماران مبتلا به بیماری ام اس با عنوان روانشناس) در هفته بر روی گروه مداخله اجرا شد. این درمان شناختی -رفتاری اقتباس یافته از درمان شناختی-رفتاری روتگرینگ و همکاران (۲۴) می‌باشد. لازم به ذکر است که درمان متناسب با بیماران ام اس، بدون تاثیر جنسیتی تدوین شد و پس از تدوین و نظرسنجی توسط متخصصین و پزشکان بیماران مزمن همچون ام اس اعتبارسنجی شد و روایی متخصصان قابل قبولی را دریافت کرد. جلسات شامل جلسه اول: مربوط به معارفه درمانگر و اعضای گروه می‌باشد. درمانگر مفاهیم درمان شناختی رفتاری، اصل رازداری و نیز اهداف و قوانین گروه را برای اعضا شرح می‌دهد. جلسه دوم: در این جلسه درمانگر در مورد رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آنها برای اعضای گروه صحبت می‌کند و در ادامه نیز به بیان خطای شناختی می پردازد و اعضای گروه با انجام تمرین‌های عملی با کاربرگ آن را به خوبی فرا می‌گیرند. جلسه سوم: در این جلسه درمانگر مفهوم بازسازی افکار را برای اعضای گروه شرح می‌دهد که شامل چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده) می باشند، اعضای گروه با استفاده از "کاربرگ بازسازی افکار" این مفهوم را به خوبی فرا می‌گیرند. جلسه چهارم: مربوط به بررسی زنجیره علت، پاسخ و پیامد می‌باشد و مفاهیمی مانند روش‌های ایجاد رفتارهای تازه و روش زنجیره سازی رفتار آموزش داده می‌شود، همچنین درمانگر راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب را برای اعضای گروه شرح می‌دهد. جلسه پنجم: در این جلسه درمانگر مفهوم جرات ورزی را برای اعضای گروه شرح می‌دهد، انواع رفتارهای جراتمندانه را آموزش می‌دهد و اعضای گروه با انجام تمرین‌های عملی سعی می‌کنند این مهارت را به خوبی فرا بگیرند. جلسه ششم: درمانگر به بیان سه مفهوم تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق می‌پردازد و راهکارهایی برای بالا بردن خلق به اعضا می‌دهد. جلسه هفتم: در این جلسه استرس، انواع استرسورها و مدیریت استرس برای اعضای گروه شرح داده می‌شود و همچنین راهکارهایی برای حل مسئله آموزش داده می‌شود. به عنوان کار عملی تکنیک آرامش عضلانی به اعضا آموزش داده می‌شود. جلسه هشتم: مفهوم عزت نفس و هرآنچه که باعث کاهش و نیز باعث بالا بردن آن می‌شود به اعضای گروه آموزش داده می‌شود و اعضای گروه برای کار عملی، کاربرگ خودانگار را انجام می‌دهند. جلسه نهم: در جلسه پایانی درمانگر پیشرفت اعضای گروه را ارزیابی می‌کند و در مورد ضرورت ادامه دادن تمرین‌ها جهت پیشگیری از عود مشکلات برای آنها صحبت می‌کند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر		گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون خی دو	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	آماره	سطح معناداری
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۲	۱۳/۴	۴	۲۶/۶	۷/۱۳	۰/۳۰۹
	لیسانس	۷	۴۶/۶	۸	۵۳/۳		

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر		گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون خی دو	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	آماره	سطح معناداری
	فوق لیسانس و بالاتر	۶	۴۰	۳	۲۰/۱		
جنسیت	زن	۱۱	۷۳/۳	۱۲	۸۰	۵/۵۸	۰/۴۷۱
	مرد	۴	۲۶/۷	۳	۲۰		
متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون واریانس	
						آماره	سطح معناداری
سن	۵۰-۲۰	۴۲/۳۴	۱/۰۳	۴۶/۵۳	۱/۴۲	۰/۳۳۲	۰/۸۰۲
سابقه بیماری	بیش از ۶ ماه	۱۲/۴	۲/۳۴	۱۵	۲/۹۱	۰/۴۰۳	۰/۷۸۱

باتوجه به نتایج جدول ۱، براساس آزمون خی دو بین تعداد افراد نمونه از لحاظ تحصیلات و جنسیت در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد (p>۰/۰۵). همچنین براساس آزمون واریانس، بین تعداد افراد نمونه از لحاظ سن و سابقه بیماری در دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد (p>۰/۰۵).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی گروه‌ها در سه مرحله زمانی

متغیر	زمان	گروه مداخله		گروه کنترل		سطح معناداری آزمون T
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب سلامتی	پیش‌آزمون	۱۵/۸۰۱	۳/۵۴	۱۸/۹۳۵	۳/۶۸	۰/۱۰۷
	پس‌آزمون	۹/۱۳۲	۳/۹۳	۲۰/۸۰۱	۳/۶۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷/۶۵۰	۴/۹۲	۲۱/۶۰۰	۴/۸۶	۰/۰۰۱
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	۱۲/۴۶۶	۱/۵۳	۱۳/۲۰۰	۲/۰۱	۰/۶۱۹
	پس‌آزمون	۴/۹۲۰	۱/۸۸	۱۲/۱۳۳	۱/۸۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۹۳۱	۲/۱۲	۱۱/۹۳۴	۲/۱۸	۰/۰۰۱
تصویر بدنی	پیش آزمون	۳۴/۸۷۰	۳/۳۳	۳۰/۸۰۰	۴/۳۷	۰/۲۴۶
	پس آزمون	۲۱/۶۶۱	۲/۶۵	۲۸/۶۸۰	۳/۳۹	۰/۰۰۳
	پیگیری	۲۲/۲۰۱	۳/۲۹	۲۷/۵۲۰	۳/۶۴	۰/۰۳۸

با توجه به جدول ۲، میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامتی (۱۵/۸۰۱ و ۳/۵۴)، اضطراب مرگ (۱۲/۴۶۶ و ۱/۵۳) و تصویر بدنی (۳۴/۸۷۰ و ۳/۳۳)، قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نداشت (P>۰/۰۱). اما میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامتی (۹/۱۳۲ و ۳/۹۳)، اضطراب مرگ (۴/۹۲۰ و ۱/۸۸) و تصویر بدنی (۲۱/۶۶۱ و ۲/۶۵) بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل در مرحله پس آزمون و همچنین در مرحله پیگیری با میانگین و انحراف معیار اضطراب سلامتی (۷/۶۵۰ و ۴/۹۲)، اضطراب مرگ (۶/۹۳۱ و ۲/۱۲) و تصویر بدنی (۲۲/۲۰۱ و ۳/۲۹) تفاوت معناداری نشان داد (P<۰/۰۱). با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها (پیوست ۱)، برای بررسی روند تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل؛ از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. چنان‌که در جدول پیوست مشاهده می‌شود، اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. همچنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است، بنابراین در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اپسیلون به آماره گرین‌هاوس-گیزر بررسی می‌شود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب سلامتی	زمان	۱۳۳/۴۲۲	۲	۶۶/۷۱۱	۱۹/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶	۰/۹۹۹
	زمان× گروه	۴۸۶/۴۸۹	۲	۲۴۳/۲۴۴	۶۹/۷۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳	۱/۰۰۰
	گروه	۲۰۶۴/۰۱۱	۱	۲۰۶۴/۰۱۱	۴۷/۸۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	۱/۰۰۰
اضطراب مرگ	زمان	۳۱۳/۸۰۰	۲	۱۵۶/۹۰۰	۱۵/۶۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۸	۰/۹۹۹
	زمان× گروه	۱۶۰/۲۸۹	۲	۸۰/۱۴۴	۷/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲	۰/۹۴۶
	گروه	۴۰۵/۳۴۴	۱	۴۰۵/۳۴۴	۵۰/۶۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	۱/۰۰۰
تصویر بدنی	زمان	۱۴۵۰/۵۵۶	۲	۷۲۵/۲۷۸	۱۵/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۹	۰/۹۹۸
	زمان× گروه	۴۸۲/۰۲۲	۲	۲۴۱/۰۱۱	۵/۲۱۸	۰/۰۰۸	۰/۱۵۷	۰/۸۱۱
	گروه	۲۶۱/۶۰۶	۱	۲۶۱/۶۰۶	۱۱/۳۰۲	۰/۰۰۲	۰/۲۸۸	۰/۹۰۱

مطابق با جدول ۴، نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در مراحل پژوهش به طور کلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (<۰/۰۰۱)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروهی در این متغیرها نیز معنی‌دار به دست آمده است (p<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی، در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش به ترتیب برابر با ۴۰/۶، ۳۵/۸ و۳۵/۹ درصد و معنی‌دار است. همچنین تفاوت نمرات این متغیرها در دو مرحله از پژوهش در سه گروه معنی‌دار است که نشان می‌دهد روند تغییر نمرات اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در مراحل پس آزمون و پیگیری در سه گروه با هم تفاوت معنی‌داری دارند و میزان تفاوت گروه‌ها در پس آزمون و پیگیری در اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی به ترتیب برابر با ۷۱/۳، ۲۲/۲ و ۱۵/۷ درصد است. همچنین میانگین نمرات اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در گروه مداخله درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) و گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد (p<۰/۰۵). نتایج نشان داده است که ۶۳/۱ درصد در اضطراب سلامتی، ۶۴/۴ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر اضطراب مرگ، ۲۸/۸ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر تصویر بدنی به تفاوت بین دو گروه مربوط است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲)، بر اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد مداخله درمان شناختی–رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) باعث بهبود اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس می‌شود. تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که میانگین نمره اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس بعد از مداخله در گروه مداخله تفاوت معناداری داشته است و این نمره در گروه مداخله به صورت چشم‌گیری کمتر شده بود. این یافته نسبتاً با نتایج پژوهش‌های خانعلی و لطفی کاشانی (۱۷)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی –رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و نگرانی‌های ناکارآمد (اضطراب) در بیماران ام اس، شاره و رباطی (۱۸)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر خودکارآمدی درد، خستگی، امید به زندگی و افسردگی بیماران ام اس، مقصود لو و ثناگو و شیرازی (۱۹)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی، امید به زندگی و افسردگی بیماران ام اس، گی و همکاران (۲۰)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر خستگی بیماران ام اس و زاروتی و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی–رفتاری بر ویژگی‌های روانشناختی بیماران ام اس همخوانی دارد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

در تبیین نتیجه حاصل از به کارگیری درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) بر اضطراب سلامتی، می‌توان گفت داشتن کمی اضطراب سلامتی ممکن است باعث شود که بیماران پاسخ‌های هیجانی بهتری داشته باشند و تغییراتی در سبک زندگی خود بدهند و رفتارهای تطابقی مناسب‌تری داشته باشند، اما اضطراب بیش از حد در زمینه سلامتی، باعث تحریک سیستم سمپاتیک، افزایش ضربان قلب وتسریع در میلین‌زدایی نورون‌های عصبی در مغز و نخاع این افراد شده و بیش از پیش باعث مختل شدن حرکات، ضعف عضلانی و احساس خستگی مزمن می‌شود. بیماران مبتلا به ام اس در مقایسه با افراد سالم در برخورد با مشکلات، بیشتر هیجان مدار عمل می‌کنند و در کیفیت روابط خود کشمکش‌های بین فردی بیشتری دارند. بیماران مبتلا به ام اس می‌توانند به علل مختلف دچار اضطراب سلامتی شوند. از جمله این علت‌ها می‌توان به ترس از تشدید بیماری وعدم کنترل درد، از دست دادن توانایی جسمی، مرگ، و عدم اطمینان از درست انجام شدن درمان مورد نظر اشاره کرد. در نتیجه می‌توان گفت که اضطراب سلامتی یکی از واکنش‌های منفی است که با بیماری ام اس و پیامدهای زیانبار متعاقب بیماری ارتباطی نزدیک دارد (۸). در واقع اضطراب سلامتی نوعی ترس و اضطراب نسبت به از بین رفتن توانایی جسمی و عدم سلامت بدن در افراد مبتلا به بیماری ام اس است که با استفاده از معرفی خطاهای شناختی و استخراج خطاهای شناختی در بیماران و بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)، و همچنین شناسایی استرسورها و شیوه‌های مقابله با آنها در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲)، توانست بر میزان اضطراب سلامتی بیماران مبتلا به ام اس تاثیر بگذارد و همچنین از دلایل دیگر برگزاری جلسات درمان به صورت حضوری و آنلاین که این خود می‌تواند حمایت کننده قوی برای تبیین اثربخشی درمان نشاختی-رفتاری باشد چراکه تداوم و پیگیری نقش بسیار مهمی در اثربخشی گروه درمانی دارد.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) بر اضطراب مرگ می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی رفتاری از طریق کمک به شرکت کنندگان در پذیرش مرگ، موجب کاهش اضطراب مرگ در آنان می‌شود (۲۳). درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های انتخابی برای کاهش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار بگیرد. براساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد بیماران مبتلا به ام اس به دلیل مواجهه مکرر با یک رویداد غیرقابل پیش بینی و کنترل‌ناپذیر، کم کم به سوی درماندگی و انفعال کشیده می‌شوند و اغلب ترس از ناتوان‌تر شدن او را از بسیاری از تجارب مثبت باز می‌دارد و عملاً ممکن است بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. بنابراین مداخله‌ای مؤثر می‌تواند در کاهش این مشکلات در بیماران مفید باشد. از آنجا که مرگ، تجربه برگشت ناپذیری است، آدمی تنها از طریق مشاهده مرگ دیگران می‌تواند به مرگ نزدیک شود و معنای آن را باتکیه بر نظام‌های عقیدتی که مرگ را توجیه می‌کند، دریابد. وقتی بیمار ام اس شاهد مرگ یک بیمار ام اس دیگر می‌شود، اضطراب مرگ در آنها افزایش می‌یابد. بیماران در جلسات درمان به این نتیجه رسیدند که تنها از زمان حال خود لذت ببرند و به گذشته خود توجه نکنند چرا که گذشته، گذشته است و آینده هم هنوز نیامده. پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش شناختی رفتاری و انجام تکالیف آن بر روی اضطراب مرگ بیماران ام اس تأثیرگذار بوده یافته است. یافته‌های حاصل از جلسات درمانی شناختی رفتاری، دو نوع نگرش عمده مثبت و منفی را در بیماران نسبت به بیماری ام اس نشان داد. درصد زیادی از بیماران، ابتلا به ام اس را در وضعیت بسیار ناخوشایندی می‌دانستند که عملاً بسیاری از فرصت‌های زندگی را از آنان گرفته است. در مقابل، درصد کمی از بیماران، سازگاری خوبی با بیماری خود داشته، نقش قربانی را نپذیرفته و ابتلا به ام اس را چالشی قابل مبارزه در زندگی خود می‌دانستند. شرکت در جلسات درمانی، بسیاری از نگرش‌های منفی بیماران را تعدیل نمود. بیمارانی که در جلسه مصاحبه اولیه، ابتلا به ام اس را نوعی بی عدالتی در حق خویش می‌دانستند و یا بیماری را علتی می‌دانستند که موفقیت و رضایت را برای همیشه از زندگی آنها سلب نموده است در جلسات انتهایی درمان بیان کردند که موفق شده‌اند بیماری خود را بپذیرند و با مشکلات ناشی از آن به عنوان واقعیتی که لزوماً تمام کارایی‌های آنها را نخواهد گرفت مواجه شوند. در واقع بسیاری از بیماران بیان کردند که حس بی اعتمادی آنها حاصل سال‌ها تلاش اطرافیان برای بیش از حد حساس جلوه دادن بیماری، کاملاً محرمانه دانستن مسائل مرتبط با آن و نگرش‌های بسیار غلط اطرافیان در رابطه با ام اس بوده است و با شرکت در گروه درمانی برای اولین بار توانسته‌اند بدون دغدغه خاص، حساسیت و نگرانی‌های همیشگی خود را بیان کنند و این تجربه را در بهبود خلق و افزایش سازگاری خود

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.48305/22.4.654]

بسیار مفید دانستند. همچنین همراهی بیمار در جلسات درمان از طریق جلسات آنلاین توانست بر میزان اثربخشی درمان موثر باشد؛ چراکه تداوم و حضور درمانگر در کنار بیماران در طول دوره درمان گروهی نقش مهمی را در اثربخشی درمان دارد.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) بر تصویر بدنی به نظر می‌رسد آموزش شناختی-رفتاری به بیماران باعث شد تا آنها به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیده اختلال پرداخته و از طریق آموزش مهارت‌های حل مساله به مشکل گشایی برنامه ریزی شده بپردازند. علاوه بر این باعث شد تا افراد بیمار متوجه باورهای معیوب خود شده، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده گیرند و با تعدیل یا تصحیح آنها و ارزیابی مجدد مثبت مشکلات خود به مهارگری بیماری ام اس و همچنین ارتقای وضعیت مقابله‌ای خود کمک کند. در واقع بازسازی شناختی که یکی از تکنیک‌های اصلی شناختی رفتاری است به همراه آموزش مهارت‌های حل مساله، توانست به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت ورزی با افکار خودکارآمد ناکارآمد، و در نتیجه مشکل گشایی برنامه ریزی شده منجر گردد. از این طریق هم به کاهش اضطراب و هم به افزایش تصویر بدنی منتهی شود. همچنین آموزش شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و آنها را مورد بررسی قرار دهند. این مهارت هسته اصلی رویکرد شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا افکار منفی خود را شناسایی کنند و آنها را مورد بررسی قرار دهند. این مهارت هسته اصلی رویکرد شناختی-رفتاری است که عمدتا براساس خودیاری استوار است و هدف درمانگر کمک به مراجع است تا بتواند مهارت‌های لازم را نه تنها برای حل مساله جاری، بلکه مسائل مشابه در آینده رشد دهد. در نتیجه کسب این مهارت و کارآمد قلمداد کردن راه‌حل‌ها به بیماران کمک می‌کند تا موقعیت‌های نامعین یا مبهم را کمتر فشارآور و آشفته کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌های می‌توانند عکس العمل مناسبی نشان دهند و کمتر دچار تصویر بدنی شوند. همچنین می‌توان گفت که روش شناختی-رفتاری فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش تغییر دهد، می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آنها را تغییر دهد. مداخله شناختی-رفتاری با آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند جرات ورزی به بیماران کمک می‌کند با به کارگیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند. و با بازسازی شناختی به بهبود تصویر بدنی بیماران کمک می‌کند. از عوامل دیگری که توانست تصویر بدنی را با توجه به جلسات درمان شناختی-رفتاری بهبود بخشد جلسات درمان حضوری و آنلاین به طور همزمان در هفته که با حمایت و همراهی درمانگر همراه بوده و اثربخشی درمان را افزایش داده است.

با توجه به مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رویکرد روتگرینگ و همکاران (۲۰۲۲) بر اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی، می‌توان آن را به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی رایج به منظور افزایش اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی مفید دانست. در یک جمع بندی کلی می‌توان به ذکر این نکته پرداخت که درمان شناختی-رفتاری به طور غیرمستقیم اضطراب مرگ، اضطراب سلامتی و تصویر بدنی را بهبود بخشید. به هر حال، اجرا می‌تواند اطلاعات طولانی‌تر یا تعداد بیشتر آزمودنی‌ها احتمال بیشتری در رد یا تأیید نتایج به دست آمده فراهم کند. از جمله مهمترین محدودیت‌های موجود در انجام پژوهش حاضر می‌توان به تعداد محدود نمونه‌ها در مطالعه، محدودیت زمانی در برگزاری جلسات درمان، ابزارهای محدود روا و پایا برای بیماران ام اس و منحصر بودن پژوهش حاضر به بررسی این بیماران، قابل تعمیم نبودن به سایر بیماران مزمن و اندک بودن تعداد پژوهش‌های انجام شده در گروه بیماران ام اس اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده روی بیماری‌های مزمن دیگر در پژوهش شرکت داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر درمان شناختی-رفتاری را روی دیگر گروه‌های بیماران مزمن بررسی شود. با توجه به اینکه اکثر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی با همدیگر همبستگی دارند، پیشنهاد می‌شود زمانی که اضطراب سلامتی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی با اجرای جلسات شناختی-رفتاری بهبود پیدا می‌کند، دیگر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی نیز سنجیده شوند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

این مقاله بدون حمایت مالی نهادها و سازمان‌های پژوهشی و غیر پژوهشی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. علاوه بر این پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.186 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول در جمع‌آوری داده‌ها و آماده‌سازی نسخه اولیه مقاله مشارکت داشته است. نویسنده دوم راهنمایی و همچنین نویسنده سوم مشاوره این پژوهش را بر عهده داشته‌اند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بود. بدینوسیله از تمام بیماران ام اس شرکت کننده در پژوهش و مدیریت خیریه توانمندسازی بیماران ام اس شهر تهران ابراز می‌کنند.

References

1. Mirmoini Pardis, Bayazi Khalatbari. Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy with compassion-focused therapy on the intensity of worry and resilience of patients with multiple sclerosis. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2022; 25(1): 88-103.
2. Kołtuniuk A, Chojdak-Łukasiewicz J. Adherence to Therapy in Patients with Multiple Sclerosis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(4):2203.
3. Valentine TR, Alschuler KN, Ehde DM, Kratz AL. Prevalence, co-occurrence, and trajectories of pain, fatigue, depression, and anxiety in the year following multiple sclerosis diagnosis. Multiple Sclerosis Journal. 2022;28(4):620-31.
4. Heitmann H, Andlauer TF, Korn T, Mühlau M, Henningsen P, Hemmer B, et al. Fatigue, depression, and pain in multiple sclerosis: how neuroinflammation translates into dysfunctional reward processing and anhedonic symptoms. Multiple Sclerosis Journal. 2022;28(7):1020-7.
5. Rodríguez-Agudelo Y, Nava-Adán J, Paz-Rodríguez F, Abundes-Corona A, Flores-Rivera J, Corona T. Quality of life and mental health in multiple sclerosis patients during the COVID-19 Pandemic. Multiple Sclerosis and Related Disorders. 2023;70:104487.
6. Altıntaş M, Korkut S. Investigation of coronavirus anxiety, health anxiety, and anxiety symptom levels in vertigo patients during COVID-19 pandemic. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2023;89:313-20.
7. Diamond PR, Dysch L, Daniels J. Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life. Disability and Rehabilitation. 2023;45(1):27-33.
8. Fahy, A., & Maguire, R. (2022). Potentially modifiable associates of anxiety in people with multiple sclerosis: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *44*(26), 8201–8212.
9. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2022;32(1):92-101.
10. Liu H, Liu X, Liu Z, Wang Y, Feng R, Zheng R, et al. Death anxiety and its relationship with family function and meaning in life in patients with advanced cancer—A cross-sectional survey in China. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2022;9(10):100134.
11. Menzies RE, Menzies RG. Death anxiety and mental health: Requiem for a dreamer. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2023;78:101807.
12. Samakoush AN, Yousefi N. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Death Anxiety, Happiness and Resilience in the Elderly. Aging Psychology. 2022;8(2).
13. Afshar B, Amini L, Nabavi SM, Mohammadnouri M, Jahanfar S, Hasani M. Effect of expressive writing on promotion of body image in women with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2021;30(192):54-67.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]

14. Hamamoto Y, Suzuki S, Sugiura M. Two components of body-image disturbance are differentially associated with distinct eating disorder characteristics in healthy young women. Plos one. 2022;17(1):e0262513.

15. Mohamadi F, Sohrabi H, Aslani M, Ebadi A, Zare S, Ghanei Gheshlagh R. Psychometric Evaluation of the Farsi Version of the Body Image Concerns during Pregnancy Scale. Novelty in Clinical Medicine. 2023;2(1):39-47.

16. Mansouri Koryani R, Bassak Nejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Majdinasab N. Effectiveness of Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Psychological Distress in Patients With Multiple Sclerosis. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;28(2):222-35.

17. Khanali Lou R, Lotfi Kashani F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and its resulting dysfunctional concerns in multiple sclerosis. Islamic Life Journal. 2020;3:163-72.

18. Shareh H, Robati Z. 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. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;26(4):418-31.

19. Lu FM, Moharar GS, Shirazi M. Evaluation of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Islamic Teachings in Reducing Anxiety Thoughts, Increasing Resilience and life Expectancy in Women with MS and Depression in Tehran. Journal of Islamic Life Style Volume. 2022;6(1).

20. Gay M-C, Cassedanne F, Barbot F, Vaugier I, Thomas S, Manchon E, et al. Long-Term Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy (CBT) in the Management of Fatigue in Patients with Relapsing Remitting Multiple Sclerosis (RRMS): A Multi-Centre, Randomised, Open-Label, Controlled Trial Versus Standard Care. Randomised, Open-Label, Controlled Trial Versus Standard Care.

21. Zarotti N, Eccles F, Broyd A, Longinotti C, Mobley A, Simpson J. Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. Disability and Rehabilitation. 2023;45(10):1720-35.

22. Day M A, Ehde DM, Jensen MP. Psychosocial pain management moderation: The limit, activate, and enhance model. The Journal of Pain, 2015; 16(10): 947-960.

23. Ehde DM, Alschuler KN, Day MA, Ciol MA, Kaylor ML, Altman JK, Jensen MP. Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol. Trials, 2019; 20(1): 1-12.

24. Röttgering JG, Douw L, de Witt Hamer PC, Kouwenhoven MC, Würdinger T, van de Ven PM, et al. Reducing severe fatigue in patients with diffuse glioma: a study protocol for an RCT on the effect of blended cognitive behavioural therapy. Trials. 2022;23(1):568.

25. Nargesi Izadi, Kariminejad Kulthum, Rezaee Sharif Ahmad. Examining the reliability and validity of the Persian version of the health anxiety questionnaire in students of the University of Medical Sciences. Educational measurement. 2017; 17(7):147-160.

26. Mehdifar Hassan, Azari Shafi, Aminpour Hassan, Amirsardari Lili. Factor analysis and standardization of death anxiety questionnaire, national conference of applied researches in educational sciences and psychology and social harms of Iran, Tehran, 2015.

27. Mohammadi, N., Sajadinejad, M. The Relationship Among Body Image Concern, Fear of Negative Evaluation and Self-Esteem with Social Anxiety. Journal of Modern Psychological Researches, 2007; 2(5): 55-70.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.48305/22.4.654]