

اثربخشی گروه درمانی بر کاهش علائم روان‌شناختی بیماران ام اس

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۶

نوشیروان خضری‌مقدم*، نیما قربانی**، هادی بهرامی‌احسان***، رضا رستمی****

چکیده

مقدمه: 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 این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات در تعاملات گروهی بر خستگی، اضطراب و افسردگی بیماران ام اس بود.

روش: پژوهش فوق به روش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. نمونه شامل ۲۴ بیمار مبتلا به بیماری ام اس انجمن ام اس کرمان بود که به شیوه در دسترس انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. همه‌ی بیماران قبل از مداخله، بعد از آن و در مرحله پیگیری پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک و خستگی را تکمیل کردند. مداخله در پژوهش حاضر گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات در تعاملات گروهی بود که در طی شانزده جلسه روی گروه آزمایش صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که دو گروه بعد از درمان و در مرحله پیگیری به طور معنی‌داری از نظر افسردگی و اضطراب متفاوت هستند. با وجود این، در خصوص متغیر خستگی این اثر معنی‌دار نبود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخشی گروه درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران ام اس بود.

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، گروه درمانی، خستگی، افسردگی، اضطراب

khezri147@yahoo.com

Nima7cps@gmail.com

hbahrami@yahoo.com

rrostami@ut.ac.ir

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران

** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

**** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

بار بیشتر از گروه گواه می‌باشد [۵]. افسردگی و اضطراب ممکن است عامل افزایش خستگی زیاد شوند. افسردگی ممکن است در نتیجه‌ی کیفیت خواب و تغذیه نامناسب، ایجاد شود و یا اینکه با احساس عمومی افسردگی ارتباط داشته باشد. اهمیت دارد که این موضوع تشخیص داده شده و به درمان دارویی و روان‌شناختی آن پرداخته شود [۶]. اگرچه اضطراب یکی دیگر از علائم ناتوان کننده در این بیماران است اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ ادبیات پژوهشی شیوع آن را متغیر گزارش کرده‌اند، در یک بررسی در بیماران که به تازگی تشخیص این بیماری را دریافت کرده بودند ۳۴٪ و در والدین آنها ۴۰٪ گزارش شده است. بطور کلی ام اس تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا- حتی در اوایل بیماری- می‌گذارد. با وجود این، ناتوانی‌های جدی، اغلب در سال‌های بعد آشکار می‌شود. یکی از استرس‌زا ترین جنبه‌های این بیماری نامعلوم بودن آینده آن است، حتی در یک هفته آینده معلوم نیست که بیمار چه احساسی داشته باشد. درست هنگامی که آنها در حال سازگار شدن با احساس ناتوانی ناشی از حملات قبلی بیماری هستند، حمله دیگری با محدودیت‌های بیشتر از راه رسیده و بایستی با دوره دیگری از سازگاری و تغییرات زندگی، مواجه شوند [۷]. از آنجاییکه این بیماران هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان دار و غیر قابل پیش بینی هستند، مقابله کنند. بنابراین، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد [۸]. عوامل روان‌شناختی زیادی شامل مقابله، خلق، خودکارآمدی و حمایت ادراک شده بیش از متغیرهای بیولوژیکی از قبیل ضعف یا میزان آسیب‌های مشخص شده در مقطع نگاری رزونانس مغناطیسی^۴ در کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلرزیس نقش دارند. بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آنها بسنده نکنند [۹]. گروه درمانی یکی از درمان‌های مکمل جامع نگر است که

ام اس^۱ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. در این بیماری پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی^۲ و نخاع شوکی^۳ دچار آسیب می‌شود. رایج‌ترین دوره شروع آن جوانی بوده و در زنان حدود دو برابر مردان شایع است [۱]. در این بیماران خستگی یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین علائم می‌باشد که باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می‌شود [۲]. حدود ۸۰٪ بیماران از خستگی شکایت می‌کنند و گزارش می‌شود که خستگی اولین و آزار دهنده‌ترین علامت یک سوم تا نیمی از بیماران می‌باشد [۳]. در یک بررسی [۳] آشکار شد که خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارند. خستگی جسمانی پیش بینی کننده ناتوانی فیزیکی در یک سال بعد می‌باشد. خستگی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزمره این بیماران دارد، مانع فعالیت‌های فیزیکی شده و در مسئولیت پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که می‌تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود. زمانی که ویژگی‌های چندگانه خستگی مشخص می‌شوند، خستگی ذهنی نه خستگی جسمی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارند. از جمله عوامل دیگری که با خستگی و افسردگی این بیماران رابطه دارد، ویژگی شخصیتی کمال گرایی است. نتایج یک بررسی [۴] نشان داد که این بیماران در مقایسه با گروه گواه از سطوح بالای کمال گرایی منفی، سطوح پایین کمال گرایی مثبت و نشانه‌های افسردگی برخوردارند. این مطالعه همچنین نشان داد که سطوح بالای کمال گرایی منفی در هر دو گروه با خستگی ارتباط دارد. به نظر می‌رسد که کمال گرایی منفی (ناسازگارانه) می‌تواند یک نقش زمینه‌ای و یا نگهدارنده در خستگی این بیماران ایفا کند. افسردگی در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران تجربه می‌شود که می‌تواند به اشکال عود کننده و درونزاد علت و یا معلول خستگی باشد. میزان خودکشی در این بیماران حدود ۷/۵

- 1- multiple sclerosis
- 2- optic nerves
- 3- spinal cord

4- Magnetic Resonance Imaging

باراک^۵ [به نقل از ۱۲] در یک بررسی نشان داد که گروه درمانی گشتالتی می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس بیماران ام اس به طور معنی‌داری مؤثر باشد. پوتر^۶ و پری^۷ [به نقل از ۱۲] بر این عقیده‌اند که یکی از روش‌های روش‌های مهم و مؤثر در توانبخشی بیماران ام اس مشاوره گروهی می‌باشد. این روش دارای فواید مثبتی از قبیل اشتراک در تجربه شخصی، درمان اضطراب و افسردگی، درک جنبه‌های مثبت مشکل بیماران و کشف سازوکارهای سازگاری، می‌باشد. مشاوره گروهی به بیماران کمک می‌کند تا بر احساسات، افکار و رفتارهای دردناک غلبه کرده و به سوی یک زندگی هدفمند گام بردارند. در پژوهش [۱۳] اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل در افزایش سلامت عمومی ۲۰ بیمار مبتلا به ام اس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که روش فوق بر افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی، سلامت عمومی و کارکرد اجتماعی این بیماران مؤثر است. همچنین در یک مطالعه مروری، پژوهش‌هایی که به نقش مداخلات روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران ام اس می‌پرداختند، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که مداخلات فوق در مدیریت روان‌شناختی این بیماران به گونه‌ای بلقوه مؤثر هستند. با وجود این، از نظر این محققین، پژوهش‌های بالینی خوب طراحی شده‌ای نیاز است تا بطور قطع اثربخشی این مداخلات را به اثبات برساند [۸]. با توجه به اینکه بیماران ام اس دارای ویژگی شخصیتی کمال‌گرایی منفی [۱۴] و خود-نظم‌دهی بالا بوده و این مؤلفه‌ها در کاهش خودآگاهی و در نتیجه افزایش علائم روان‌شناختی آنها از قبیل اضطراب، افسردگی و خستگی تأثیر گذار هستند. بنابراین، انتظار می‌رود که روش‌هایی که بتوانند به افزایش خودآگاهی منجر شوند، در کاهش علائم روان‌شناختی این بیماران مفید واقع شوند. تاکنون هیچ کدام از روش‌های روان‌شناختی که در خصوص این بیماران مورد استفاده قرار گرفته‌اند، به این موضوع توجه نکرده‌اند. موضوع دیگری که از نظر دور مانده است، انتخاب نوع مداخله روان‌شناختی با توجه به سبک‌های مقابله‌ای مؤثر در این بیماران است. در

در خصوص بیماران مزمن جسمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش بدلیل اینکه تعاملات اجتماعی افراد را آماج درمان قرار می‌دهد، سبب می‌شود تا اعضای گروه نسبت به چگونگی بر خورد خود در اجتماع بینش کسب نموده، تجارب جدیدی یاد گرفته، از حمایت اجتماعی بهره‌مند شده و در ارتباطات خود با دیگران موفق‌تر عمل کنند. همه‌ی این موارد سبب افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی آنها می‌شود [۱۰]. گروه درمانی فرصتی برای بیماران جسمی فراهم می‌نماید تا با همدیگر در یک نشست حمایتی برای مقابله با تأثیری که بیماری روی آنها می‌گذارد، گردهم آیند. گروه درمانی برای این بیماران به دو شیوه انجام می‌شود: شایع‌ترین روش استفاده از گروه درمانی برای خود این بیماران می‌باشد. در روش دیگر گروه درمانی برای افرادی انجام می‌شود که از این بیماران مراقبت می‌کنند [۱۱]. اثربخشی گروه روان‌پوشی، روانی-تربیتی، اطلاعاتی، شناختی رفتاری و حمایتی در بیماران ام اس حکایت از کاهش افسردگی در این بیماران دارد. با وجود این در خصوص این بیماران، روان‌شناسان سلامت مدل‌های گروهی متفاوتی شامل گروه اطلاعاتی، گروه مهارت‌های مقابله‌ای، گروه مدیریت استرس و گروه حمایتی را ارائه می‌کنند. این گروه‌ها مهارت‌هایی را که برای مقابله با علائم جسمی و مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری لازم می‌باشد، آموزش می‌دهند [۱۰]. کرافورد^۱ و مکوور^۲ [۱۰] تأثیر گروه درمانی بینش‌گرا^۳ و گروه مبتنی بر رویدادهای جاری^۴ را در بیماران ام اس پیشرونده اولیه مورد بررسی قرار دادند. نتایج این محققین نشان داد که گروه درمانی بینش‌گرا در مقایسه با گروه مبتنی بر رویدادهای جاری و گروه گواه در افسردگی این بیماران مؤثرتر است. با وجود این هم گروه بینش‌گرا و هم گروه مبتنی بر رویدادهای جاری نسبت به گروه گواه از جهت گیری درونی بیشتری برخوردار شدند. آنها نتیجه گرفتند که هر تجربه گروهی بدون توجه به نوع آن می‌تواند در وضعیت هیجانی بیماران مؤثر باشد. همسو با این یافته‌ها

5- Barak
6- Putter
7- Perry

1- Crawford
2- McIvor
3- insight-oriented
4- current events group

۴- عدم وابستگی به ویلچر ۵- حداقل سواد دیپلم ۶- عدم استفاده از داروهای روانگردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه ۷- میزان استفاده یکسان از آموزش‌های قبلی انجمن برای همه‌ی شرکت کنندگان ۸- سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال ۹- عدم شرکت در کلاس‌های یوگا و مراقبه قبل و هنگام اجرای طرح ۱۰- عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن ۱۱- عدم مشکل در شنوایی یا تکلم ۱۲- جنسیت مؤنث ۱۴- رضایت شرکت در پژوهش.

ابزار:

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱: این پرسشنامه یکی از رایج‌ترین ابزارهای سنجش افسردگی می‌باشد. که در سال ۱۹۶۱ توسط بک^۲ طراحی شده است. دارای ۲۱ سؤال بوده که بر اساس علائم افسردگی با تأکید بر علائم شناختی افسردگی طراحی شده است. حدود نیمی از سؤالات منعکس کننده افکار منفی نظیر: «در زندگی کاملاً شکست خورده‌ام» می‌باشند. ۱۵٪ سؤالات ویژگی‌های رفتاری افسردگی نظیر: «مدام در حال گریه کردن هستم» را نشان می‌دهند. سایر سؤالات در مورد علائم جسمی افسردگی می‌باشند [۱۹]. اعتبار و روایی پرسشنامه فوق در سطح بالایی گزارش شده است [۲۰]. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش گردیده است [۲۰]. در این پژوهش اعتبار از طریق بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۹۴ و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲- پرسشنامه اضطراب بک^۳: این آزمون دارای ۲۱ ماده بوده که شدت اضطراب را در یک مقیاس ۰ تا ۶۳ با روایی درونی بالا و اعتبار بالا اندازه‌گیری می‌کند [۲۱]. تأکید این پرسشنامه بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب می‌باشد. سه ماده آن موضوعات خلق مضطرب، سه ماده ترس‌های ویژه و چهارده ماده علائم خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی مربوط به اضطراب منتشر را ارزیابی می‌کنند [۲۲]. مطالعات انجام شده اعتبار و روایی مناسبی برای این پرسشنامه آشکار ساخته‌اند. اعتبار بازآزمایی بعد از یک هفته ۰/۷۵ بوده است. همبستگی کل ماده‌ها از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر می‌باشد [۲۰]. همچنین بخشانی [۲۰] اعتبار این

یک بررسی که در خصوص سبک‌های مقابله‌ای این بیماران انجام شد، نتایج نشان داد که سبک مقابله هیجان محور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و با درماندگی روان‌شناختی رابطه منفی دارد. در حالیکه سبک مقابله هیجان محور منفی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و با درماندگی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد [۱۵]. گروه درمانی رویارویی با احساسات در تعاملات گروهی از جمله روش‌های هیجان محوری می‌باشد که سبب افزایش خودآگاهی می‌شود. این روش بر اساس گروه‌های رویارویی و یادگیری بین فردی طراحی شده است. یادگیری بین فردی عبارت است از تجربه درگیر شدن در اینجا و اکنون گروه به شیوه‌ای عاطفی و پردازش این اطلاعات به گونه‌ای شناختی، می‌باشد. در یادگیری بین فردی افراد از طریق واسطه قرار دادن تجربیات گروهی مبنی بر اینکه چگونه با دیگران مرتبط می‌شوند، دانش کسب می‌کنند. آنها فرصت پیدا می‌کنند تا شیوه‌های ناکارآمد را کنار گذاشته و در خصوص تلاش‌های جدیدشان پسخوراند دریافت کنند [۱۶]. بر اساس ادبیات موجود تاکنون پژوهشی که از گروه‌های رویارویی کوتاه مدت در کاهش علائم روان‌شناختی این بیماران استفاده کرده باشد انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی تأثیر این روش بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و خستگی بیماران زن ام اس انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: در این پژوهش از طرح شبه آزمایشی اندازه‌گیری مکرر (پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری) با گروه گواه استفاده شد.

آزمودنیها: با توجه به اینکه ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو [۱۷] پیشنهاد می‌نماید و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفره برای هر گروه استفاده می‌کنند [۱۸]. با توجه به ملاک‌های انتخاب، حجم نمونه ۲۴ نفر با جنسیت مؤنث در نظر گرفته شد که عضو انجمن ام اس شهر کرمان بودند. نمونه به شیوه در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب و به شیوه تصادفی به دو گروه (گواه و مداخله) تقسیم شد. ملاک‌های ورود عبارتند از: ۱- تشخیص ام اس ۲- نوع عود- فرونشانی ۳- بودن در مرحله فرونشانی

1- Beck Depression Inventory
2- Beck
3- Beck Anxiety Inventory

به اینکه رویارویی با احساسات در تعاملات گروهی روشی ساختارمند نمی‌باشد، لذا تمرکز تمام جلسات بر احساساتی است که در اینجا و اکنون گروه روی می‌دهند. پس از توضیح منطق درمان و روش کار برای آزمودنیها و برطرف نمودن ابهامات در خصوص جلسات گروهی اولین جلسه شروع شد. تأکید درون جلسات بر شناخت و بیان احساسات در اینجا و اکنون بود. در بیشتر جلسات به افراد کمک می‌شد تا به تفاوت فکر، احساس و رفتار پی برده و از تأثیری که این مؤلفه‌ها بر یکدیگر دارند، آگاه شوند. در بیشتر جلسات منافع بیان احساسات و معایب بازداری آنها در سلامت جسمانی و سلامت روان شناختی مورد تأکید قرار می‌گرفت. با این وجود بیشتر محتوای جلسه به بیان احساساتی که افراد در لحظه حال نسبت به خود، سایر اعضای گروه و یا درمانگر تجربه می‌کنند، پرداخته می‌شد. در پایان هر جلسه نسبت به تجربیاتی که آزمودنیها در طول جلسه داشته‌اند، بحث و گفتگو صورت می‌گرفت و از افراد یک بازخورد احساسی در خصوص کل جلسه گرفته می‌شد و متناسب با آنچه که تجربه نموده بودند، پسخوراند لازم، داده می‌شد. در طی فرایند مداخله یک نفر از بیماران انصراف داد و یک نفر دیگر نیز به علت عود و بستری از مداخله حذف شد. در پایان مرحله مداخله و یک ماه بعد آزمودنیهای هر دو گروه توسط ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و خستگی بیماران در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول (۱) آورده شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۲ استفاده شد. همان طور که ملاحظه می‌گردد با مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری در متغیرهای افسردگی و اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل چنین برآورد می‌شود که گروه آزمایش کاهش میانگین نمرات در متغیرهای فوق در پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. با این وجود این تغییرات در خصوص متغیر خستگی بسیار اندک می‌باشد. برای تعیین معنی‌داری این تفاوت‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

پرسشنامه را از طریق بازآزمایی در شهر زاهدان ۰/۷۰ به دست آورده است. غرابی [۲۲] نیز از طریق بازآزمایی به فاصله دو هفته ضریب اعتبار پرسشنامه فوق را ۰/۸۰ گزارش کرده است. در این پژوهش اعتبار از طریق باز آزمایی به فاصله دو ماه ۰/۹۰ و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۳- مقیاس شدت خستگی: مقیاس شدت خستگی^۱ توسط کراپ و همکاران [به نقل از ۲۳] به منظور سنجش شدت خستگی در بیماران ام اس و لوپوس طراحی و مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته است. این مقیاس شامل ۹ آیتم می‌باشد که از پرسشنامه ۲۸ آیتمی خستگی استخراج شده است [به نقل از ۲۳]. این محققین روایی و اعتبار این مقیاس را در بیماران ام اس و لوپوس مورد ارزیابی قرار دادند. آلفای کرونباخ در افراد سالم ۰/۸۸ در بیماران ام اس ۰/۸۱ و در بیماران لوپوس ۰/۸۹ بود آنها همچنین گزارش کرده‌اند که این مقیاس از همسانی درونی بالایی برخوردار است [به نقل از ۲۳]. اعتبار نسخه فارسی این آزمون از طریق بازآزمایی مورد سنجش قرار گرفته است و نتایج حکایت از همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۹۸) و اعتبار بازآزمایی بالا (۰/۹۳) دارد [۲۳]. در این پژوهش اعتبار از طریق بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۸۶ و همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب آزمودنیها ابتدا به آنها در خصوص هدف پژوهش، مدت آن، فواید شرکت در آن توضیح داده شد. به آنها گفته شد که آنها در یک پژوهش شرکت خواهند کرد و تمامی اطلاعاتی که از آنها گرفته می‌شود، محرمانه خواهد ماند. سپس از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد و آنگاه بوسیله‌ی ابزارهای پژوهش توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. در پایان از افرادی که برای گروه مداخله انتخاب شدند، خواسته شد تا در تاریخ مشخص شده جهت اجرای روش مداخله به مرکز مشاوره مهرداد- که در شهرستان کرمان می‌باشد- مراجعه نمایند. همچنین به گروه گواه توضیح داده شد که پس از پایان کار گروه مداخله کار با آنها نیز شروع خواهد شد. در این مرحله گروه مداخله هفته‌ای دو جلسه در مجموع ۱۶ جلسه ۲/۵ ساعته تحت درمان گروهی این روش قرار گرفتند. با توجه

2- MANCOVA/ Repeated Measure Design

1- Fatigue Severity Scale

استفاده شد. در ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از قبیل توزیع بهنجار، همگنی واریانس‌ها و کرویت مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱) آماره‌های توصیفی خستگی، اضطراب و افسردگی بیماران در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مراحل	متغیرها	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	افسردگی	۱۷/۸۰۰	۱۰/۹۶۲	۱۷/۴۱۶	۸/۹۸۹
	اضطراب	۱۶/۳۰۰	۹/۳۴۵	۱۵/۵۰	۸/۶۷۷
	خستگی	۴/۳۴۰	۱/۸۸۳	۳/۷۳۳	۱/۵۸۳
پس‌آزمون	افسردگی	۱۲/۲۰۰	۷/۹۸۳	۱۶/۸۳۳	۱۰/۰۰۷
	اضطراب	۱۲/۲۰۰	۶/۸۲۸	۱۵/۵۸۳	۸/۵۹۶
	خستگی	۴/۲۲۰	۲/۰۷۸	۳/۶۱۶	۱/۵۷۴
پیگیری	افسردگی	۸/۸۰۰	۵/۵۳۳	۱۶/۸۳۳	۹/۶۸۰
	اضطراب	۱۰/۲۰۰	۴/۷۰۹	۱۵/۰۸۳	۷/۳۱۶
	خستگی	۴/۲۹۰	۱/۸۹۷	۳/۷۰۰	۱/۴۰۳

خستگی معنی‌دار نمی‌باشد و این بدین معنی است که واریانس‌ها همگن می‌باشد.

نتایج آزمون لون در خصوص همگنی واریانس‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لون در متغیرهای افسردگی، اضطراب و

جدول ۲) نتایج آزمون همگنی واریانس لون در متغیرهای افسردگی، اضطراب و خستگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
افسردگی	پیش‌آزمون	۲/۰۱۲	۱	۲۰	۰/۱۷۱
	پس‌آزمون	۱/۴۳۲	۱	۲۰	۰/۲۴۵
	پیگیری	۳/۷۱۱	۱	۲۰	۰/۰۶۸
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۹۱۰	۱	۲۰	۰/۳۵۱
	پس‌آزمون	۰/۶۷۴	۱	۲۰	۰/۴۲۱
	پیگیری	۳/۴۰۳	۱	۲۰	۰/۰۸۰
خستگی	پیش‌آزمون	۱/۰۲۹	۱	۲۰	۰/۳۲۳
	پس‌آزمون	۱/۰۶۵	۱	۲۰	۰/۳۱۴
	پیگیری	۱/۳۵۹	۱	۲۰	۰/۲۵۷

عامل زمان در متغیرهای افسردگی ($p < ۰/۰۱$) و اضطراب ($p < ۰/۰۵$) تفاوت معنی‌داری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون ایجاد کرده است. همچنین عامل زمان در تعامل با گروه نیز در افسردگی ($p < ۰/۰۵$) و اضطراب ($p < ۰/۰۵$) معنی‌دار می‌باشد که این بدین معنی است که بطور کلی کاربندی

بعد از رعایت مفروضه‌ها، تحلیل انجام شد. جدول ۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر روی نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افسردگی، اضطراب و خستگی را در گروه مداخله و گواه نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بطور کلی

آزمایش توانسته تغییرات معنی داری را در این دو متغیر پژوهش ایجاد کند. با این وجود در متغیر خستگی تفاوت معنی دار نمی باشد.

جدول ۳) خلاصه نتایج تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر برای اثرات بین گروهی و تعامل

متغیرها	اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۴۹۲	۹/۸۲۸	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸
	زمان+گروه	لامبدای ویلکز	۰/۶۲۸	۵/۶۳۴	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۰۱۲	۰/۳۷۲
اضطراب	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۶۲۵	۵/۷۱۴	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۰۱۱	۰/۳۷۶
	زمان+گروه	لامبدای ویلکز	۰/۷۲۰	۳/۶۸۹	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۰۴۴	۰/۲۸۰
خستگی	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۹۸۴	۰/۱۵۳	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۸۶۰	۰/۰۱۶
	زمان+گروه	لامبدای ویلکز	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۲/۰۰۰	۱۹/۰۰۰	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱

از آنجاییکه بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی در متغیر افسردگی و اضطراب نشان دهنده معنی داری این آزمون است. بنابراین از تصحیح آزمون گرین هایس- گایسر استفاده شد.

جدول ۴) خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر درون آزمودنی بر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و نمرات افسردگی و اضطراب در گروه درمانی و کنترل

متغیرها	متغیر تغییرات	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
افسردگی	زمان	۲۹۴/۹۷۱	۱/۴۰۷	۲۰۹/۵۷۳	۱۷/۰۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰
	زمان+گروه	۱۶۵/۳۹۵	۱/۴۰۷	۱۱۷/۵۱۱	۹/۵۵۵	۰/۰۰۲	۰/۳۲۳
اضطراب	زمان	۱۲۷/۷۱۳	۱/۴۴۸	۸۸/۱۷۶	۹/۳۳۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱۸
	زمان+گروه	۸۵/۸۹۵	۱/۴۴۸	۵۹/۳۰۴	۶/۲۷۶	۰/۰۱۰	۰/۲۳۹

جدول ۴ خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه نمره های پیش آزمون، پس آزمون افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش و گواه را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود عامل زمان (از پس آزمون پیگیری) در متغیر افسردگی ($P < 0/01$)، و در متغیر اضطراب ($F = 17/040$, $P < 0/01$) و در متغیر اضطراب ($F = 9/332$, $P < 0/01$) معنی دار است به عبارتی دیگر تغییرات در طول زمان در درون گروهها با هم تفاوت معنی داری دارد.

جدول ۴ خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر درون آزمودنی بر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش و گواه

جدول ۵) خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین آزمودنی بر نمره های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی و اضطراب در گروه

منبع	متغیر	مجموع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	سطح معناداری
گروه	افسردگی	۵۱۹/۲۹۱	۱	۵۱۹/۲۹۱	۵/۲۵۲	۰/۰۳۳
	اضطراب	۷۴۴/۳۴۱	۱	۷۴۴/۳۴۱	۴/۵۱۲	۰/۰۴۶

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را در عامل بین آزمودنیها در متغیرهای افسردگی و اضطراب را نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود متغیر

گروه بندی هم در افسردگی ($F = 5/252$, $P < 0/05$) و هم در اضطراب ($F = 4/512$, $P < 0/05$) معنی دار است. همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمره متغیر

به گروه گواه در علائم خستگی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام شده [۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳] که به مطالعه تأثیر گروه درمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران ام اس پرداخته‌اند، همسو می‌باشد. گروه درمانی برای این بیماران به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی، مطرح می‌شود. گروه می‌تواند فضایی ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده به وسیله بیماری، ویژگی‌های دفاعی سالم و رشد یافته بارور شوند. گروه درمانی از طریق ایجاد همدلی، شنیدن، حمایت، بیان احساسات و سهیم شدن در تجربیات یکدیگر سبب بهبودی می‌شود. سهیم شدن در تجربه، دلگرمی و امکان بیان احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی سبب گسترش این احساس به افراد خارج از گروه می‌شود. گروه امکان ارتباط بین هم‌تایان را افزایش داده و فضایی ایجاد می‌کند که در آن مشکلات افراد نه تنها شنیده و فهمیده می‌شوند بلکه برای رفع آنها تمام اعضای گروه سهیم شده و مورد حمایت همدیگر قرار می‌گیرند [۲۴]. یکی از فواید شرکت در جلسات گروهی این است که افراد را قادر به بیان احساس و طرح سؤال می‌کند، بیشتر اوقات پرسش و پاسخ با برخی از اطلاعات مهم درباره افراد مرتبط بوده و به آنها کمک می‌کند تا ضمن بیان احساسات چگونگی مقابله با احساسات ناخوشایند را نیز یاد بگیرند. سرانجام اینکه اطلاعات می‌توانند سبب کمتر شدن نگرانی و اضطراب شوند [۱۲]. با توجه به اینکه نوع مداخله در پژوهش حاضر نیز گروهی بوده، بنابراین شامل بسیاری از مؤلفه‌های فوق از جمله همدلی، بیان احساسات، تعلق خاطر، سهیم شدن در تجربه و افزایش احساس کنترل درونی می‌باشد. این مؤلفه‌ها از جمله عواملی هستند که می‌توانند در بهبود وضعیت روان‌شناختی به خصوص اضطراب و افسردگی بیماران مؤثر باشند. نتایج این پژوهش نیز این موضوع را مورد تأیید قرار می‌دهد. رکن اصلی مداخله گروهی در پژوهش حاضر که به نظر می‌رسد نقش تعیین‌کننده‌ای در نتایج داشته است، بیان احساسات در تعاملات گروهی می‌باشد. بوت^۱ [۲۶] معتقد است که تأثیر ابراز هیجانات بر سلامت را می‌توان به دو شکل بازداری رفتاری و خود-تنظیمی تبیین کرد. در

افسردگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۲/۲۰، ۸/۰۰ و ۱۷/۸۰ و میانگین نمره افسردگی گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۶/۸۳، ۱۶/۸۳ و ۱۷/۴۲ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره افسردگی از پیش‌آزمون تا پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته است که این تفاوت معنی‌دار است. همچنین میانگین نمره متغیر اضطراب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۶/۳۰، ۱۲/۲۰ و ۱۰/۲۰ و میانگین نمره اضطراب گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۵/۵۰، ۱۵/۵۸ و ۱۵/۰۸ می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمره اضطراب از پیش‌آزمون تا پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته است که این تفاوت معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که گروه درمانی سبب کاهش افسردگی و اضطراب بیماران شده و نتایج پایداری ایجاد کرده است.

بحث

ام اس با ویژگی‌های ناتوان‌کننده، مزمن و غیر قابل پیش‌بینی‌اش چالش‌های زیادی در زندگی بیماران ایجاد می‌کند. با توجه به سن جوانی که بیماری شروع می‌شود، بیماران مجبورند تا در برنامه‌های زندگی، خانواده و کار تجدید نظر کرده و با عود بیماری و فقدان خودمختاری - که سبب اضطراب و نگرانی فراوان می‌شوند - مواجه شوند [۲۴]. افسردگی در بیماران ام اس معمولاً با کیفیت زندگی پایین همراه است. با در نظر گرفتن سطوح آسیب دیدگی عصب شناختی این بیماران، درمان افسردگی نقش تعیین‌کننده‌ای در بهبود کیفیت زندگی آنها بازی می‌کند. مداخلاتی که سبب افزایش رشد شخصی، احساس کنترل و یافتن معنی در زندگی می‌شوند، در بهبود کیفیت زندگی و افسردگی این بیماران مؤثر هستند [۲۵]. نتایج این پژوهش نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر بیان احساسات در تعاملات گروهی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به ام اس، مؤثر است. گروه مداخله که تحت مداخله بیان احساسات در تعاملات گروهی قرار گرفته بود نسبت به گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بود، در علائم افسردگی و اضطراب کاهش معنی‌داری را نشان داد. همچنین نتایج حاصله در پیگیری یک ماهه نیز ادامه داشت. با این وجود گروه مداخله نسبت

1- Booth

حجم بزرگتر و جنسیت مذکر استفاده و فاصله زمانی مرحله پیگیری نیز طولانی تر شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می گردد که متخصصان درگیر در درمان بیماران ام اس از این روش درمانی نیز به عنوان یک درمان مکمل مؤثر استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان انجمن ام اس کرمان و بیمارانی که در این پژوهشی شرکت کرده اند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Holland NJ, Halper J. multiple sclerosis: a self-care guide to wellness. New York: Demos Medical Publishing. 2005. p. 1-10.
- 2- Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi S, Memariyan R, Kazemnejad A. Effect of applying progressive muscle relaxation technique on fatigue in MS patients. J Shahrekord Univ of Med Sci. 2008; 10(1): 61-68. [Persian].
- 3- Schreurs KD, Ridder D, Bensing JM. Fatigue in multiple sclerosis reciprocal relationships with physical disabilities and depression. J psycho resea. 2002; 53:775-781.
- 4- Besharat MA, Pourhosein R, Rostami R, Bazzazian S. Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. Psychol and heal. 2010; 26: 419-432.
- 5- Barati N. Relationship between coping styles and Mental health in a sample of multiple sclerosis patients. [M.A.Dissertation]. Tehran. Tehran University; 2006. p. 85-90. [Persian].
- 6- Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. New york: Demos. 2007. p. 25-65.
- 7- Murray Tj. Multiple sclerosis. New York: Demos medical publishing. 2005: 50-70.
- 8- Malcomson KS, Dunwoody I, Low-strong AS. psychological intervention in people with multiple sclerosis. J Neurol. 2007; 254: 1-13.
- 9- Mtichell AJ, Benito-leon J, Morales gonzales JR, Evera-navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: Integrating physical and psychological components of wellbeing. Lancet Neural. 2005; 4: 556-566.
- 10- Crawford JD, McIvor GP. Group psychotherapy: Benefits in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil. 1985; 66: 810-813.
- 11- Kaplan HL, Sadock BJ. Comprehensive Group Psychotherapy. Maryland: Williams & Wilkins. 1993. p. 459-470.
- 12- Mazaheri M, Fanian N, Zargham A. Experiences of patients with multiple sclerosis from group counseling. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011; 16(2): 181-190.
- 13- Ghodrati S, Tabrizi M, Esmaili M. Evaluation of efficacy of Frankel group therapy on general

بازداری رفتاری گفته می شود که پاسخ طبیعی افراد به وقایع و رویدادهای تنش زا بیان هیجانات متناسب با آنها است. لذا چنانچه افراد در مقابله با رویدادهای استرس زا با بازداری رفتاری واکنش نشان دهند، سبب مصرف انرژی زیاد شده و در نتیجه، در درازمدت از بین رفتن توانایی های جسمانی و روانی را در پی خواهد داشت. تبیین بعدی تأثیر ابراز هیجان بر سلامت، بر اساس نظریه خود-تنظیمی است؛ مطابق با این نظریه افشای هیجانات سبب باز شکل دهی شناختی می شود. بر اساس این نظریه آنچه در افشای هیجانات مهم می باشد تنها بیان احساسات نیست بلکه بیان آنها به گونه ای منسجم در قالب واژگان است که سبب شکل دهی مجدد اجزای به ظاهر نامنسجم یک رویداد می شود. با وجود این یافته های این پژوهش حکایت از عدم تأثیر این روش بر خستگی بیماران فوق دارد. در این بیماران خستگی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین علائم می باشد که باعث ایجاد اختلال در کار فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه این بیماران می شود [۲]. یافته های پژوهشی نشان می دهند که خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در این بیماران ارتباط دارد. خستگی جسمانی پیش بینی کننده ناتوانی فیزیکی در یک سال بعد می باشد. خستگی تأثیر قابل ملاحظه ای در زندگی روزمره این بیماران دارد، مانع فعالیت های فیزیکی شده و در مسئولیت پذیری، کار و نقش های اجتماعی تداخل ایجاد می کند که می تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود. زمانی که ویژگی های چندگانه خستگی مشخص می شوند، خستگی ذهنی نه خستگی جسمی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارند [۳]. به نظر می رسد که خستگی بیماران فوق بیش از آنکه روانی باشد ماهیت جسمانی دارد، شاید این موضوع یکی از مهمترین دلایلی باشد که عدم تأثیر این روش را در خستگی بیماران فوق تبیین می کند. پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگری از محدودیت های خاص خود برخوردار می باشد. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به حجم کم نمونه اشاره کرد که تعمیم یافته ها را با مشکل مواجه می کند. محدودیت دیگر پژوهش تک جنسیتی بودن و فاصله پیگیری یک ماهه می باشد. لذا پیشنهاد می گردد که در پژوهش های آتی از نمونه های با

- health of multiple sclerosis. *Couns Res & Dev.* 2000; 34(9): 7-24. [Persian].
- 14- Besharat MA, Pourhosein R, Rostami R, Bazzazian S. Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. *J Psychol and health.* 2010; 17: 1-4.
- 15- Besharat MA, Barati N, Lotfi J. Relationship between coping styles and mental health in a sample of multiple sclerosis patients. *Pejouhesh in med.* 1998; 32(1): 27-35. [Persian].
- 16- Brabender VA, Fallon AE, Smolar AI. *Essentials of Group Therapy.* New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. 2004. p. 19-56.
- 17- Biyabangard E. *Research Methodology in psychology & education,* Tehran: doran company; 2008. P. 110-113. [Persian].
- 18- Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. In B Bongar and L E Beutler (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy.* New York: Oxford university press. 1995. p. 187-204.
- 19- Becker RE, Heimberg RG, Bellack AS. *Social skills training treatment for depression.* New York: Pergamon Press; 1987. [Persian].
- 20- Bakhshani NM. *Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy in Patients with Anxiety Disorder.* [M.A.Dissertation]. Tehran: Institut of psychiatry; 1992. p. 45-47. [Persian].
- 21- Lang EV, Joyce JS, Spiegel D, Hamilton D, Lee KK. Self-Hypnotic relaxation during interntional radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous drug use. *The Inter J Clini and Experi Hypno.* 1996; 44: 106-119.
- 22- Gharai B. *The evaluation of some of the cognitive patterns in patients with comorbidity of anxiety and depression.* [M.A.Dissertation]. Tehran: Institut of psychiatry; 1993. p. 50-60. [Persian].
- 23- Shahvarvqy-Farahani A, Zymyan M, Fallah-Pour M. Reliability measures of the Persian version of fatigue in people with MS. *Rehabil.* 2009; 10(4): 46-51. [Persian].
- 24- Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP. Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis. *J NeuroVirology.* 2000; 6: 168-171.
- 25- Hart S, Fonareva I, Merluzzi Mohr DC. Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality of Life Research.* 2005; 14: 695-703.
- 26- Booth RJ. Emotional disclosure and psychoneuroimmunology. In K. & M.Irwin (Eds.), *Human sychoneuroimmunology.* Oxford: Oxford University Press. 2005. p. 319-341.