رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۱، شماره پیاپی ۱۱۶، بهمن ۱۴۰۴
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(11), 2026*

# اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس

# The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive Emotion Regulation, Depression and Anxiety of Women with MS

**شهربانو پهلوان سیدآبادی**
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.
**دکتر کلثوم اکبرنتاج بیشه** (نویسنده مسئول)
استادیار،گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدساری، ساری، ایران.
**حمیرا طهماسبی**
مربی،گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

**Shahrbanoo Pahlevan Seyedabadi**
MA Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty Of Medicine ,Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
**Dr. Kolsoum Akbarnataj Bisheh ***
Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
akbar2536l@gmail.com
**Homeyra Tahmasebi**
Instructor, Department of Nursing, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

## چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزارگردآوری داده ها شامل مقیاس افسردگی بک (BDI، بک، ۱۹۹۶)، مقیاس اضطراب بک (BAI، بک و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (CERQ، گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) بود. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. براساس این نتایج درمان شناختی رفتاری یک مداخله رواندرمانی مناسب برای بهبود تنظیم شناختی هیجان، کاهش سطح افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به ام اس است.

***واژه‌های کلیدی:*** *تنظیم شناختی هیجان، اضطراب، افسردگی، درمان شناختی رفتاری، ام اس.*

## Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on Cognitive emotion regulation, depression, and anxiety in women with MS. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all the women with MS in Tehran city in 2023-2024, and 30 people were selected by the available sampling method and randomly replaced in two experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group underwent twelve 90-minute session-based cognitive-behavioral therapy. Data collection tools included the Beck Depression Inventory (BDI, Beck ,1996) and Beck Anxiety Inventory (BAI, Beck et al ,1988) and the Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnair (GCERQ , Garnefski et al. 2001). Data analysis was done by covariate analysis of variance.The findings showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the post-test mean of Cognitive emotion regulation, depression, and anxiety in the two experimental and control groups.These results state that cognitive-behavioral therapy is a suitable psychyotherapy method on improving to Cognitive Emotion Regulation and reduce depression, and anxiety in women with MS.

***Keywords:*** *Cognitive Emotion Regulation, Anxiety, Depression, Cognitive Behavioral Therapy, MS.*

**نوع مقاله : پژوهشی** **دریافت : دی ۱۴۰۳** **پذیرش: بهمن ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۴**

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

## مقدمه

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس[1] یا ام اس است. نوعی بیماری التهابی و خودایمنی مزمن پیشرونده که با تخریب میلین و آکسون سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود و با توجه به منطقه آسیب دیده در سیستم عصبی مرکزی، علائم و نشانه‌های عصبی مختلفی ایجاد می‌کند (کاسپر[2] و همکاران، ۲۰۲۲). پیش آگهی ام اس براساس سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که تقریباً ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند و سن شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال، با میانگین سن شروع ۳۰ سال، بروز می‌کند و در زنان سه برابر بیشتر از مردان بروز می کند (به نقل از افشار شاندیز و همکاران، ۱۴۰۲). در ایران، میزان شیوع ام اس در شهر تهران به ۱۶۷/۵۴ در هر صد هزار نفر رسیده است؛ این میزان برای زنان ۲۵۲/۶۵ نفر و برای مردان ۸۳/۱۵ نفر درهر صد هزارنفر بوده است (افشار شاندیز و همکاران، ۱۴۰۲). علاوه بر علائم بالینی جسمانی در ام اس از قبیل اختلال در سیستم بینایی نظیر دوبینی، تاری دید، اختلال در عملکرد حرکتی شامل ضعف یا اسپاسم و فلجی و اختلالات حسی، بیماران از مشکلات روانشناختی متعددی چون افسردگی، اضطراب و اختلالات هیجانی و شناختی رنج می برند (اوه[3] و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از عوامل تاثیرگذار درکنترل احساسات منفی مبتلایان به ام اس، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را درطول یا بعد از تجربه رویدادهای تهدیدکننده یا استرس‌زا کنترل کنند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به ام اس نشان می‌دهد که شدت علایم و فشارهای روانی در بروز اضطراب و افسردگی و بالاخره کاهش کیفیت زندگی تأثیر دارد و پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی و کاهش تنظیم شناختی هیجانی در این بیماران است (کیانی و همکاران، ۱۴۰۳). افت تنظیم شناختی هیجانی[4] به راهبردهای هدفمندی اطلاق می‌شود که از آنها برای تعدیل تجارب هیجانی استفاده می‌شود. همان طور که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی های ناشی از هیجانات منفی را تنظیم کنند؛ به کار گیری راهبردهای منفی از قبیل سرزنش خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه نمایی نیز منجر به بروز استرس، افسردگی و سایر آسیب های روانی در فرد می‌شود (مارگونی[5] و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس تنظیم شناختی هیجان سازگارانه، موجب کاهش علایم بیماری، احساس رضایت و ارتقای درک فرد ازسلامت عمومی و بهبودکیفیت زندگی او می‌شود (عبدی و صادقی، ۱۴۰۳). یافته های گارسیا و ماتینز[6] (۲۰۱۹) در پژوهشی کیفی با هدف بررسی تجربیات و ادراکات مبتنی برتنظیم شناختی هیجان درافراد مبتلا به ام اسِ تحت روان درمانی شناختی رفتاری نشان داد که این درمان به شرکت کنندگان کمک کرد تا استراتژی های شناختی را برای مدیریت واکنش های عاطفی و بهبود بهزیستی عاطفی کلی توسعه دهند و باعث ارتقای تنظیم شناختی هیجانی در این افرادگردد( نقل از افشارشاندیز و همکاران،۱۴۰۲).

افسردگی به عنوان شایع‌ترین تشخیص روان‌پزشکی در بیماران ام اس، دامنه وسیعی از حالت‌های عاطفی و ذهنی، از غمگینی و ضعف عزت نفس گرفته تا ناتوانی احساسی و جسمی را در برمی‌گیرد. براساس تحقیق کارتا[7] و همکاران (۲۰۱۸) حدود۵۰ درصد از بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی رنج می‌برند و یکی از ناتوان کننده‌ترین علائم روانشناختی است که سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران ام اس را تحت تاثیر قرار می‌دهد و از عوامل مرتبط با افکار خودکشی است؛ به طوری‌که یک چهارم بیماران ام اس با این افکار مواجه هستند (نقل از افشار شاندیز و همکاران، ۱۴۰۲).

اضطراب در همبودی با افسردگی می‌تواند به علل متفاوتی همچون علل زیستی، روانی و اجتماعی در فرد مبتلا به ام اس شکل گیرد (شرفی و همکاران، ۱۴۰۲). اضطراب به حالتی در فرد اشاره می‌کند که بیش از حد معمول درباره وقوع رویداد وحشناک درآینده نگران است. اکثر افراد مبتلا به ام اس‌که از اضطراب رنج می‌برند زن هستند و مدت بیماری کوتاه تر، سطح ناتوانی کمتر و سن شروع بیماری پایین‌تری دارند. پیامد اضطراب برای بیماران شامل کاهش کیفیت زندگی، پذیرش ضعف درمان و افزایش خودکشی می‌باشد (جعفریان[8] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیق احمد عثمان و همکاران (۲۰۲۴) با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و

1. Multiple sclerosis (MS)
2 . Kasper
3 . Oh et al.
4. cognative emotion regulation
5. Margoni
6. Garcia & Martinez
7. Karta
8 . Jafarian

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

تعهد بر افسردگی و اضطراب در بزرگسالان مبتلا به ام اس نشان داد که هردو درمان از تاثیر مثبت و معنی‌دار یکسانی برخوردار بودند. همچنین افشاری و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری برکاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دریافتند که درمان شناختی رفتاری در بهبود امید به زندگی، کاهش خستگی و اضطراب این بیماران موثر و معنی‌دار بوده است.

درمان‌های دارویی موجود به عنوان اولین انتخاب دردرمان بیماری ام اس، تنها می‌توانند به بهبودی درحملات، اصلاح دوره بیماری و مدیریت علائم کمک کنند. هزینه بالای این درمان‌ها و عوارض ناشی از مصرف داروها باعث شده است که با وجود اثربخشی، بیماران رغبت بیشتری نسبت به درمان‌های غیر دارویی از جمله روان‌درمانی نشان دهند (پاکنهام و لندی[1]، ۲۰۲۳). درمان شناختی‌رفتاری به عنوان یک نوع روان‌درمانی کوتاه مدت و متمرکز بر مهارت با هدف اصلاح کردن پاسخ‌های هیجانی ناسازگار به وسیله تغییر افکار، رفتار یا هر دو در نظرگرفته شده است.در این رویکرد درمانی فرد درمی‌یابد که این افکارِ غیرواقعی و غیرمنطقی و تحریف شده هستند که باعث ایجاد ناراحتی و رفتارهای دردسرساز می‌شوند و فرد می‌تواند با جایگزین کردن تفکرات معقول و مبتنی بر واقعیت‌های عینی زندگی، نه تنها بر اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب فائق گردد، بلکه در سخت‌ترین چالش‌های زندگی واکنش مناسب نشان دهد (تیمولاک[2] و همکاران،۲۰۲۲). نتایج حاصل از پژوهش های متعدد بر اثر بخشی روان درمانی های متعدد بر بیماران با علایم جسمانی و روانشناختی ناشی از بیماری‌های مزمن تاکید داشتند (جعفریان و همکاران،۲۰۲۴؛ البحادلو[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ پاکنهام و لندی ، ۲۰۲۳؛ عزیزپور و همکاران، ۱۴۰۳؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۳). درهمین راستا نتایج پژوهش حیدری و همکاران (۱۴۰۳) با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی درکاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی درزنان مبتلا به ام اس نیز معنادار به دست آمد.

با توجه به به روند رو به افزایش بیماری مزمن ام اس به خصوص در میان جوانان و پیامدهای بهداشتی اقتصادی همراه با آن و نیز مروری بر شواهد تحقیقاتی مختلف مبنی بر مقرون به صرفه بودن و اهمیت مداخلات روانشناختی به ویژه درمان گروهی شناختی رفتاری در افزایش اثربخشی درمان‌های دارویی و ارتقای سلامت روان در نمونه‌های متفاوت از بیماران دارای دردهای مزمن و نظر به اینکه ادبیات موجود، نشان ازکمبود و پراکندگی پژوهش‌های تجربی در مورد درمان و پیشگیری از مشکلات و عوارض ناشی از بیماری ام اس در افراد مبتلا دارد، بدون شک در صورت تأیید اثربخشی مداخله مذکور و به‌کارگیری این نتایج در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این افراد از بروز پیامدهای نامطلوب فردی، خانواد گی و اجتماعی متعاقب این بیماری پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده بر سیستم بهداشتی کشور و خانواده‌ها پیشگیری خواهد شد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان‌درمانگران فراهم نماید و مبانی نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات روان شناختی در موسسات مختلف آموزشی و درمانی از قبیل مراکز توانبخشی و کلینیک‌ها باشد. بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر تهران در سال۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از بین آنها تعداد۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش، داشتن بیماری ام اس براساس ارزیابی و تشخیص متخصص مغز و اعصاب، محدوده سنی۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن نمره ۲۱ تا ۴۲ از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، نمره۱۶ تا ۲۵ از پرسشنامه اضطراب بک و همکاران (۱۹۸۸)، دریافت رضایت نامه آگاهانه مکتوب برای شرکت در پژوهش، ساکن شهر تهران بودن، مونث بودن و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، و ملاک های خروج از پژوهش شامل غیبت دو جلسه متوالی از برنامه های آموزشی، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، دریافت برنامه آموزشی/ درمانی دیگری در خصوص متغیرهای مرتبط با پژوهش بود. به منظورگردآوری داده‌ها ابتدا پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم، با حضور در انجمن ام اس شهر تهران و کسب رضایت از زنان مبتلا به ام اس واجد شرایط

1. Pakenham & Landi
2 . Timulak
3. Albahadlv

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات از آنها درخواست کرد تا پرسشنامه‌های افسردگی بک همکاران (۱۹۹۶)، اضطراب بک و همکاران (۱۹۸۸) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) را تکمیل کنند. سپس غربالگری انجام شد و تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس نمونه‌های انتخاب شده پرسشنامه‌های پژوهشی را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. برای شرکت کننده در گروه آزمایش پروتکل مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دو بار اجرا شد. گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزشی شرکت کنندگان بار دیگر پرسشنامه های پژوهشی را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش دریافت مجوز اخلاق ازکمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه (IR.IAU.SARI.REC.1403.007 )، محرمانه ماندن اطلاعات تمامی افراد شرکت کننده در پژوهش، رعایت نمودن شئونات اخلاقی و اسلامی افراد شرکت کننده و اجرای مداخله آموزشی (هفته‌ای دوبار) پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

**ابزار سنجش**

**سیاهه افسردگی بک[1](BDI)**: این پرسشنامه ۲۱ سوالی که تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش داده است، توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ ساخته شد. هر ماده این پرسشنامه دارای چهار گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره گذاری شده است. حداکثر نمره ۶۳ و حداقل آن صفر در ۴ طبقه افسردگی جزئی (۱۳-۰)، افسردگی خفیف (۱۹-۱۴)، افسردگی متوسط (۲۸-۲۰) و افسردگی شدید (۶۳-۲۹) است (نقل از صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). مطالعه انجام شده توسط بک و راش (۲۰۰۰) بر این پرسشنامه حاکی از همسانی درونی بین۹۲-۰/۹۲-۰/۷۳ و ضریب آلفای کرنباخ برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ بوده است و روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون[2] همبستگی ۰/۷۱ گزارش شد (نقل از خادمی و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین محمدخانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ برای دانشجویان و ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ گزارش داد (نقل از صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

**سیاهه اضطراب بک[3](BAI)**: این سیاهه توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) برای نوجوانان و بزرگسالان ساخته شد. این سیاهه ۲۱ گویه دارد که هرکدام از گویه‌ها نماینده یکی از علائم اضطراب (علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس) است و معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب محسوب می‌شوند و یا در وضعیت اضطراب انگیزی قرار دارند، تجربه می‌کنند. برای هر عبارت، چهار گزینه اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲)، شدید (۳) وجود دارد و نمره کلی فرد بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. با توجه به نمره کسب شده فرد می‌تواند در چهار طبقه: فقدان اضطراب (۰تا ۷)، اضطراب خفیف (۸ تا ۱۵)، اضطراب متوسط (۱۶ تا ۲۵) و اضطراب شدید (۲۷ تا ۶۳) قرار گیرد. بک و همکاران (۱۹۸۸) در پژوهشی همسانی درونی سیاهه اضطراب را برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و و روایی همگرای این سیاهه را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب همیلتون (r=۰/۵۱) بدست آورده است (به نقل از محبوبی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) نتایج ارزیابی روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی میان طبقه ای بین دو متغیر نمرات حاصل از این سیاهه و ارزیابی متخصصان بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب نشان داد که این سیاهه روایی مناسبی دارد (r =۰/۷۲، P <۰/۰۰۱). در پژوهش محبوبی و همکاران (۱۴۰۳) پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی این سیاهه در بازه زمانی دو هفته ۰/۸۹گزارش شد..در پژوهش حاضر، پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس اضطراب ۰/۸۳ بدست آمد.

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[4] (CERQ)**: این پرسشنامه توسط گارنفسکی[5] و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده و ۹ خرده مقیاس متفاوت است، که هر کدام یک راهبرد خاص از راهبردهای شناختی را ارزیابی می‌کنند. پنج زیر مقیاس راهبرد مثبت و چهار زیر مقیاس راهبرد منفی می‌باشد. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه شامل فاجعه سازی، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، بازارزیابی مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، تحت نظر قرار دادن،

1. Beck Depresson Inyentory
2 . Hamilton
3. Beck Anxiety Inventory
4 . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
5. Garnefski

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران است. در این پرسشنامه راهبردهای فاجعه سازی، نشخوار فکری، مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران در مجموع راهبردهای منفی تنظیم هیجان را تشکیل می‌دهند. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۵ (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع آوری می‌گردد. حداقل و حداکثر نمره در هر گویه به ترتیب صفر و ۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. تحقیقات روی راهبردهای شناختی تنظیم هیجانات نشان داده اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (نقل از بشارت و بزازیان،۱۳۹۳). پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی محتوایی آن ۰/۸۲ محاسبه شد. (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط حسنی و میرآقایی(۱۳۹۱) بررسی شده است‌که برای همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ را برای خرده مقیاس‌های مختلف این پرسشنامه و روایی ملاکی با استفاده از روایی همزمان (اجرای همزمان با سیاهه افسردگی بک) ۰/۲۵ تا ۰/۴۸ مطلوب گزارش کرد. همچنین تحلیل مؤلفه های اصلی از ۹ خرده مقیاس پرسشنامه حمایت کرد و ۷۵ درصد از تغییرات توسط این خرده مقیاس ها تبیین شد (محمود پور و حقی رحیمی، ۱۴۰۳) در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه برای خرده مقیاس تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۰/۸۲ و برای تنظیم شناختی هیجانی منفی ۷۴/ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

**مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری:** جلسات این مداخله توسط پژوهشگران با نظارت اساتید روانشناسی با توجه به محتوای کتاب‌های شناختی رفتاری بک (۲۰۲۱) و لیهی[1] (۲۰۰۷) طراحی و تدوین شدند. سپس، چک لیست روایی متخصصان جهت تأیید متناسب بودن اهداف و محتوا برای مبتلایان به بیماری ام اس تهیه و تکمیل شد. از پنج نفر از متخصصان درخواست شد تا میزان متناسب بودن هر یک از جلسات را با توجه به اهداف و محتوا نمره گذاری کنند. متخصصان پس از مطالعه برنامه، بازخوردهای خود را باتوجه به در نظر گرفتن تمام جوانب، در اختیار پژوهشگران قرار دادند. بنابراین، روایی محتوایی برنامه گروه درمانی شناختی رفتاری به شرح جدول شماره یک توسط متخصصان تأیید شد.

**جدول ۱. مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری بک (۲۰۲۱) و لیهی (۲۰۰۷)**

| جلسه | محتوای جلسات |
|---|---|
| اول | برقراری رابطه اولیه، آشنایی مراجعین و درمانگر با یکدیگر، گرفتن پیش آزمون. |
| دوم | آشنایی با مدل شناختی-رفتاری : بیان مقررات و اهداف گروه، آموزش مدل شناختی-رفتاری، تکنیک تمایز فکر از واقعیت، آموزش موقعیت فکر، احساس و رفتار، بحث و تمرین در جلسه. |
| سوم | آشنایی با سطوح شناختی، راهبردهای مقابله ای و فرمول بندی: مرور خودیاری جلسه قبل، بحث و تمرین گروهی در جلسه برای آشنایی با سطوح سه گانه شناخت" افکار خودآیند منفی، باورهای میانجی و باورهای بنیادین"، راهبردهای مقابله ای، بحث و تمرین در جلسه. |
| چهارم | آشنایی با تحریفات شناختی و فنون: مرور خودیاری جلسه قبل، شناسایی باورهای بنیادین، آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی. |
| پنجم | ادامه ی آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، ادامه آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی. |
| ششم | ارزیابی نگرانی ها و درمان آن ها: مرور خودیاری جلسه قبل، ارزیابی نگرانی ها، تکنیک شناسایی نگرانی ها، تکنیک بررسی مزایا و معایب نگرانی، تمایز بین نگرانی های کارساز و دردسرساز، تبدیل نگرانی ها به پیش بینی ها، آزمون پیش بینی های منفی، پذیرش محدودیت هایی چون بلاتکلیفی، نقص و فقدان کنترل کامل. |
| هفتم | ادامه درمان نگرانی ها: مرور خودیاری جلسه قبل، تکنیک بررسی افکار و پیش بینی های قبلی، تکنیک یادآوری مقابله های سودمند با حوادث منفی گذشته، تکنیک تجویز نگرانی، تکنیک بررسی افکار قابل آزمون، تکنیک پیشگویی های خودکام بخش، تجربه کردن هیجان ها به جای نگران بودن درباره آنها. |
| هشتم | آموزش تکنیک های مقابله با افسردگی و اضطراب ناشی از بیماری ام اس و تکنیک های شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، آموزش افسردگی و اضطراب مرتبط به بیماری ام اس و تکنیک های مقابله با آن، مداخله های مربوط به بهبود بخشیدن و افزایش عدم آمیختگی شناختی. |
| نهم | ادامه تکنیک های شناختی با تاکید بر تنظیم شناختی مطلوب هیجان: مرور خودیاری جلسه قبل،آموزش هیجان و تنظیم شناختی هیجان، آموزش تکنیک ها و مداخله های مربوط به بهبود بخشی تنظیم شناختی هیجان. |
| دهم | ادامه تکنیک های شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، برقراری ارتباط با لحظه کنونی یا زمان حال، مداخله های درمانی برای افزایش تنظیم هیجان همراه با ارتباط در لحظه حال، انواع تکنیکهای توجه برگردانی. |
| یازدهم | آموزش ذهن آگاهی: مرور تکالیف جلسه قبل، تعریف و توضیح ذهن آگاهی، انواع تکنیک های ذهن آگاهی. |

1 . Leahy

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

| | |
|---|---|
| دوازدهم | جمع بندی و جلسه ی خداحافظی: بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره و به کاربستن و تداوم برنامه آموزشی آموخته شده در زندگی واقعی ،ارائه بازخورد به اعضای گروه، اجرای پس آزمون، قدردانی و سپاسگزاری. |

## یافته ها

اطلاعات جمعمیت شناختی مربوط در هر دو گروه آزمایش و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر و در کل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به بیماری ام اس در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش۸/۹۶±۴۱/۵۰ و گروه کنترل۸/۳۱±۴۳/۳۱ همگون بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه آزمایش ۳/۲۱ ±۸/۲۳ و کنترل۳/۵۲± ۸/۹۳ مشابه بود به لحاظ میزان تحصیلات در هر دو گروه، به ترتیب بیشترین فراوانی دیپلم (گروه آزمایش ۷ نفر معادل ۴۶/۰۷ درصد و گروه کنترل ۶ نفر معادل ۴۵/۳۳ درصد) و کمترین فراوانی فوق لیسانس و بالاتر (گروه آزمایش ۳ نفر معادل ۲۲ درصد و گروه کنترل ۲ نفر معادل ۱۳/۳۳ درصد) بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیروویلک**

| متغیر | گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | آماره Z | معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **افسردگی** | کنترل | پیش آزمون | ۵۴/۶۰ | ۲/۹۵ | ۰/۹۵۶ | ۰/۶۰۱ |
| | | پس آزمون | ۵۳/۴۷ | ۳/۰۴ | ۰/۸۳۷ | ۰/۱۱۱ |
| | درمان شناختی رفتاری | پیش آزمون | ۵۵/۲۷ | ۳/۹۴ | ۰/۸۶۳ | ۰/۰۵۷ |
| | | پس آزمون | ۴۷/۵۴ | ۶/۰۵ | ۰/۹۲۱ | ۰/۲۰۱ |
| **اضطراب** | کنترل | پیش آزمون | ۳۷/۳۴ | ۱/۵۰ | ۰/۹۲۱ | ۰/۱۹۵ |
| | | پس آزمون | ۳۸/۵۴ | ۵/۶۲ | ۰/۹۵۷ | ۰/۶۴۵ |
| | درمان شناختی رفتاری | پیش آزمون | ۳۷/۳۴ | ۴/۸۷ | ۰/۸۹۱ | ۰/۰۶۷ |
| | | پس آزمون | ۲۷/۷۲ | ۴/۳۲ | ۰/۹۳۷ | ۰/۳۴۵ |
| **تنظیم شناختی هیجان مثبت** | کنترل | پیش آزمون | ۵۰/۸۷ | ۵/۳۶ | ۰/۹۱۸ | ۰/۱۸۲ |
| | | پس آزمون | ۵۰/۲۰ | ۴/۴۶ | ۰/۹۲۶ | ۰/۲۳۵ |
| | درمان شناختی رفتاری | پیش آزمون | ۵۳/۵۲ | ۸/۳۱ | ۰/۹۷۸ | ۰/۹۵۱ |
| | | پس آزمون | ۵۵/۲۷ | ۳/۹۴ | ۰/۹۴۲ | ۰/۴۰۹ |
| **تنظیم شناختی هیجان منفی** | کنترل | پیش آزمون | ۶۲/۰۱ | ۷/۴۹ | ۰/۹۵۴ | ۰/۵۹۵ |
| | | پس آزمون | ۶۱/۳۴ | ۶/۱۴ | ۰/۹۷۱ | ۰/۸۶۳ |
| | درمان شناختی رفتاری | پیش آزمون | ۶۲/۶۰ | ۱۱/۷۴ | ۰/۸۷۹ | ۰/۰۵۶ |
| | | پس آزمون | ۵۳/۸۰ | ۱۰/۳۱ | ۰/۹۲۳ | ۰/۲۱۸ |

در جدول ۲ میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت دیده می‌شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می‌شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش درپیش آزمون و پس آزمون بود. بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش درگروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی باشد (P<۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروههای آزمایش و گواه برابر بود ( افسردگی، F =۱/۲۶۵ ،P=۰/۲۷۱ ؛ اضطراب، F=۱/۱۰۶ ،P=۰/۳۰۲ ؛ تنظیم شناختی هیجان مثبت، F=۰/۵۳۱ ،P=۰/۴۷۳ ؛ تنظیم شناختی هیجان منفی، F=۳/۰۹۸ ،P=۰/۰۸۹).. نتایج مفروضه همگنی ماتریس های

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

واریانس-کوواریانس (M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس متغیرها است (M-Box=۳۰/۲۴۸، F=۲/۵۵۲، P=۰/۰۹). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

**جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری**

| شاخص های اعتباری | ارزش | مقدار F | Df فرضیه | Dfخطا | سطح معنی داری | ضریب اتا | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| اثر پیلایی | ۰/۸۴۷ | ۲۹/۱۵۴ | ۴ | ۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ | ۱ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۵۳ | ۲۹/۱۵۴ | ۴ | ۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ | ۱ |
| گروه اثر هلتینگ | ۵/۵۵۲ | ۲۹/۱۵۴ | ۴ | ۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ | ۱ |
| بزرگترین ریشه روی | ۵/۵۵۳ | ۲۹/۱۵۴ | ۴ | ۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵ | ۱ |

نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثرگروه برترکیب متغیرها( P=۰/۰۱، F=۲۹/۱۵۴، ۰/۱۵۳=لامبدای ویلکز) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای پژوهش**

| منبع | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | سطح معنی داری | ضریب اتا | توان آماری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| پیش آزمون | افسردگی | ۴۶/۶۶۷ | ۱ | ۴۶/۶۶۷ | ۲/۰۸۷۲ | ۰/۱۴۴ | ۰/۰۸۷ | ۱ |
| | اضطراب | ۲۵/۶۹۹ | ۱ | ۲۵/۶۹۹ | ۱/۶۱۶ | ۰/۲۲۳ | ۰/۰۴۱ | ۱ |
| | تنظیم شناختی هیجان مثبت | ۳۰/۵۹۵ | ۱ | ۳۰/۵۹۵ | ۱/۰۸۶ | ۰/۲۰۷ | ۰/۰۶۵ | ۱ |
| | تنظیم شناختی هیجان منفی | ۲۵/۵۰۶ | ۱ | ۲۵/۵۰۶ | ۵/۲۵۵ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۸۸ | ۱ |
| گروه | افسردگی | ۲۶۶/۲۹۷ | ۱ | ۲۶۶ /۲۹۷ | ۱۳/۰۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۵ | ۱ |
| | اضطراب | ۲۹۴۱/۲۸۶ | ۱ | ۲۹۴۱/۲۸۶ | ۱۱۴/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳ | ۰/۹۹ |
| | تنظیم شناختی هیجان مثبت | ۱۰۱/۳۸۷ | ۱ | ۱۰۱/۳۸۷ | ۵/۵۷ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۹ | ۱ |
| | تنظیم شناختی هیجان منفی | ۴۹۳/۸۶۹ | ۱ | ۴۹۳/۸۶۹ | ۱۲/۱۶ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۴ | ۱ |
| خطا | افسردگی | ۴۹۱/۶۲۹ | ۲۴ | ۲۰/۴۸۵ | | | | |
| | اضطراب | ۶۱۳/۸۷۰ | ۲۴ | ۲۵/۵۷۸ | | | | |
| | تنظیم شناختی هیجان مثبت | ۴۳۷/۰۱۳ | ۲۴ | ۱۸/۲۰۹ | | | | |
| | تنظیم شناختی هیجان منفی | ۹۷۵/۳۲۱ | ۲۴ | ۴۰/۶۳۸ | | | | |

مطابق نتایج بدست آمده از جدول۴، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی، اضطراب ، تنظیم شناختی هیجانی مثبت و تنظیم شناختی هیجانی منفی تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دوگروه به ترتیب برای متغیر افسردگی (F=۱۳/۰۱، P<۰/۰۱) ، اضطراب (F=۱۱۴/۹۹، P<۰/۰۱) ، تنظیم شناختی هیجانی مثبت (F=۵/۵۷، P<۰/۰۱) و تنظیم شناختی هیجانی منفی (F=۱۲/۱۶، P<۰/۰۱) است. بدین معنا که درمان گروهی شناختی رفتاری برکاهش افسردگی، اضطراب و تنظیم شناختی هیجانی منفی و افزایش تنظیم شناختی هیجانی مثبت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تاثیرگذار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی مداخله گروهی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان، افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس بود. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود سطح تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به ام اس اثربخش بود. این یافته با نتایج مطالعات فخرمند و همکاران (۱۴۰۳)، کیانی و همکاران (۱۴۰۳) وگای و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. درتبیین این یافته از پژوهش‌که درمان شناختی رفتاری بر افزایش تنظیم هیجان مثبت در زنان مبتلا به ام اس موثر است، می‌توان گفت که براساس نظریه شناختی-

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) هیجانات در افراد توسط ارزیابی‌های شناختی آن‌ها از موقعیت‌ها و تجارب کنترل می‌شوند به گونه‌ای که افراد با استفاده از راهبردهای شناختی خاص، می‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود را مدیریت و تنظیم کنند (به نقل از فخرمند و همکاران، ۱۴۰۳). یکی از راهبردهای اساسی در تنظیم هیجان مثبت که در چارچوب درمان شناختی رفتاری به کار گرفته می‌شود، ارزیابی مجدد شناختی است. این راهبرد شامل بازبینی و تفسیر مجدد موقعیت‌های منفی به شکلی مثبت‌تر و کمتر تهدیدآمیز است. به‌عبارت‌دیگر، افراد با بازنگری در باورهای منفی خود، قادر به دیدن موقعیت‌ها از زاویه‌ای مثبت‌تر می‌شوندکه این امر به افزایش هیجانات مثبت منجر می‌شود. از سوی دیگر، استفاده از راهبردهایی مانند تمرکز بر برنامه‌ریزی و توجه مجدد مثبت نیز می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان مثبت در افراد کمک کند. تمرکز بر برنامه‌ریزی به این معنی است که افراد به جای تمرکز بر جنبه‌های منفی یک موقعیت، بر روی برنامه‌های آینده و راه‌های بهبود وضعیت خود تمرکز می‌کنند. این تغییر در تمرکز باعث افزایش احساس کنترل و کاهش احساس درماندگی می‌شود که به نوبه خود به افزایش هیجانات مثبت منجر می‌شود( تارنت،۲۰۲۳). بنابراین، درمان شناختی رفتاری با ایجاد تغییر در الگوهای فکری و استفاده از راهبردهای شناختی مناسب، به بیماران مبتلا به ام اس کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات خود را به گونه‌ای مثبت تنظیم کنند.

در ارتباط با تبیین یافته دیگر این بررسی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش تنظیم هیجان منفی در زنان مبتلا به ام اس، می‌توان گفت به اعتقاد گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶)، سبک‌های تنظیم هیجان منفی شامل راهبردهایی هستند که نه تنها به کاهش هیجانات منفی کمک نمی‌کنند، بلکه ممکن است به تشدید این هیجانات و حتی ایجاد اختلالات روانی منجر شوند. راهبردهایی مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش خود از جمله مهم‌ترین سبک‌های تنظیم هیجان منفی هستند (نقل ازاسرافیلیان، ۱۴۰۳). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی و تغییر این راهبردهای ناسازگارانه، به بیماران کمک می‌کند تا از استفاده مکرر از این سبک‌ها جلوگیری کنند. این رویکرد به بیماران اجازه می‌دهد تا با خودداری از تکرار چرخه‌های منفی، راهبردهای سازگارانه‌تری را برای مدیریت هیجاناتشان به کارگیرند. برای مثال، در راهبرد نشخوار فکری که طی آن فرد به طور مداوم بر روی جنبه‌های منفی یک رویداد یا تجربه تمرکز می‌کند، نه تنها به کاهش هیجانات منفی کمک نمی‌کند، بلکه می‌تواند آنها را تشدید کرده و فرد را در یک چرخه معیوب قرار دهد (افشاری و همکاران، ۱۴۰۲). درمان شناختی رفتاری با ارائه تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های حل مسئله، به بیماران کمک می‌کند تا این چرخه را بشکنند و از نشخوار فکری دوری‌کنند. علاوه‌براین، درمان شناختی رفتاری به بیماران می‌آموزد که چگونه از سبک‌های تنظیم هیجان منفی مانند فاجعه‌سازی نیز اجتناب کنند. فاجعه‌سازی به معنای بزرگ‌نمایی مشکلات و دیدن آنها به‌عنوان اتفاقات فاجعه‌آمیز و غیرقابل تحمل است. این سبک تنظیم هیجان نه تنها اضطراب و استرس را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند به کاهش احساس کنترل و افزایش احساس درماندگی منجر شود. در درمان شناختی رفتاری ، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا این باورها را شناسایی کرده و با استفاده از تکنیک‌های ارزیابی مجدد شناختی، آنها را به چالش بکشد و با افکار واقع‌بینانه‌تر جایگزین‌کند (فخرمند و همکاران، ۱۴۰۳). در نتیجه، درمان شناختی رفتاری به طور مؤثری می‌تواند استفاده از سبک‌های تنظیم هیجان منفی را در بیماران مبتلا به ام اس کاهش دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری برکاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به ام اس اثربخش است. این یافته با نتایج یافته‌های یاوری(۱۴۰۳)، حیدری و همکاران (۱۴۰۲)، شرفی و همکاران (۱۴۰۲)، احمد عثمان (۲۰۲۴)، نیوتا[1] و همکاران (۲۰۲۴) و البحادلو و همکاران (۲۰۲۳)، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس نتیجه‌ای از افکار منفی و شناخت‌های ناکارآمد از بیماری و عوارض حاصل از آن و نیز طرحواره‌های شناختی منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است که احساس بی‌ارزشی، ناامیدی و بی‌فایدگی را درفرد تقویت می‌کنند و به این ترتیب، افسردگی را تعمیق می‌بخشند (نیوتا و همکاران ،۲۰۲۴). درمان شناختی-رفتاری، با هدف شناسایی و اصلاح این افکار منفی، به فرد کمک می‌کند تا افکار ناکارآمد خود را بازبینی‌کرده و به چالش بکشد. به عبارتی درجریان درمان، فرد یاد می‌گیردکه چگونه با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ثبت افکار، بررسی شواهد، تضعیف طرحواره‌های منفی و تغییر باورهای غیرمنطقی، به اصلاح شناخت‌های منفی خود بپردازد و افکار مثبت‌تر و منطقی‌تر جایگزین گردد (خدابخش، ۱۴۰۲). همچنین درمان شناختی رفتاری به بیمار این امکان را می‌دهد تا خود را به عنوان فردی فعال و موثر در مدیریت بیماری خود ببیند که این مسئله به نوبه خود باعث افزایش عزت نفس و کاهش احساس بی‌ارزشی و ناتوانی می‌شود که اغلب با افسردگی همراه است. (فخرمند و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین درمان شناختی رفتاری از طریق تغییر الگوهای شناختی منفی و کاهش نشخوار فکری، به طور موثر می‌تواند افسردگی را در زنان مبتلا به ام اس کاهش دهد.

آخرین یافته پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در زنان مبتلا به ام اس اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های احمدی‌کتایونچه و خوش اخلاق (۱۴۰۳)، عزیزپور و همکاران (۱۴۰۳)، افشاری و همکاران (۱۴۰۲)، خدابخش (۱۴۰۲)، چعفریان و همکاران (۲۰۲۴)، البحادلو و همکاران (۲۰۲۳) و مارگونی و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. درتبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس

1 . Nauta

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

نظریه‌های شناختی، اضطراب، به عنوان واکنشی به ادراک خطر و تهدید درک می‌شود که غالباً بر اساس تحریف‌های شناختی و افکار غیرمنطقی ایجاد می‌شود. افراد مبتلا به اضطراب تمایل دارند که تهدیدها را بیش از حد واقعی ارزیابی کنند و توانایی خود را برای مقابله با آن تهدیدها نادیده بگیرند. این ادراکات نادرست باعث می‌شود که فرد به طور مداوم در حالت هشدار و نگرانی باقی بماند،که این وضعیت می‌تواند به اضطراب مزمن منجر شود. درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر شناسایی و اصلاح این تحریف‌های شناختی و افکار خودکار منفی، به بیماران‌کمک می‌کند تا الگوهای فکری خود را به سمت نگرش‌های واقع‌بینانه‌تر و منطقی‌تر تغییر دهند. به عنوان مثال، در بیماران مبتلا به ام اس، این تحریف‌های شناختی می‌تواند به شکل افکار فاجعه‌سازی در مورد آینده و بدتر شدن وضعیت جسمانی، ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره یا ترس از دست دادن استقلال بروز یابد. در فرایند درمان شناختی رفتاری، افراد می‌آموزندکه چگونه افکار خودکار منفی را که منجر به اضطراب می‌شوند، شناسایی کرده و با استفاده از روش‌های منطقی و شواهدی که در دسترس دارند، این افکار را به چالش بکشند و تغییر دهند. همچنین، این درمان به افراد کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز بر تهدیدها و ناتوانی‌های خود، به توانمندی‌ها و قابلیت‌های خود برای مدیریت و کنترل موقعیت‌های چالش‌برانگیز توجه کنند. به این ترتیب، تعامل بین شناخت و هیجان در افراد بهبود می‌یابد و این بهبود به کاهش اضطراب منجر می‌شود (زویو[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

نتیجه گیری نهایی آن که زنان مبتلا به ام اس برخوردار از تنظیم شناختی هیجان قادر به مدیریت و تعدیل هیجانات خود بوده و درمان شناختی رفتاری با ارائه تکنیک‌های شناختی مختلف، به بهبود توانایی بیماران MS که با هیجانات منفی فراوانی روبرو هستند، در هیجاناتشان کمک نموده و به تبع آن کیفیت زندگی فرد را بهبود می بخشد.

عواملی مانند استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از مراجعین مراجعه‌کننده به انجمن ام اس شهرتهران، که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند، در نظرگرفتن فقط زنان مبتلا به ام اس به عنوان شرکت کننده و عدم مقایسه درمان بر جنسیت مرد، نبود یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان و عدم امکان اجرای‌آزمون پیگیری از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود. لذا پیشنهاد می‌شود تا درپژوهش‌های آتی جهت کاهش سوگیری احتمالی وکنترل متغیرهای مداخله گر، نمونه از شهرها وگروه‌های مختلف با حجم بیشتر استفاده شود. همچنین پژوهشگران‌از این روش درمان روی‌گروه‌های بالینی با حضور یک برنامه مداخله‌ای دیگر مثل دارودرمانی و یا سایر شیوه‌های روان‌درمانی استفاده نموده و اثربخشی این درمان در بین دو جنس مقایسه گردد.

## منابع

احمدی کتایونچه، ف.،خوش اخلاق ح. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان‌محور بر ذهن‌آگاهی و سرمایه‌های عاطفی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۳ (۵) :۴۳۶-۴۲۱.http://journal.rums.ac.ir/article-1-7262-fa.html

اسرافیلیان, ف؛ فراهانی, ح. و باقری شیخ انگشه, ف. (۱۴۰۳). مدل‌یابی ساختاری رابطه سازگاری هیجانی و ذهن‌آگاهی با میانجگری تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی سلامت* ،۱۳۰ (۴۹) , ۹۸- ۸۳. https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66684.5717

افشار شاندیز، ح.، رحیمیان بوگر، ا. و طالع پسند، س. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان کوتاه مدت راه‌حل‌محور بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۵)، ۸۹۱-۸۸۱.http://psychologicalscience.ir/article-1-1683-fa.html

افشاری، ع.، اسمعلی، ا. و اسدنیا، س. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش سطوح اضطراب و نگرانی آسیب شناختی بیماران زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، *روانشناسی سلامت*، ۴۸(۱۲)، ۶۰-۴۹.https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66450.5704

بشارت، م .ع .و بزازیان، س.(۱۳۹۳). بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و و مامایی*.۲۴(۸۴)، ۷۰-۶۱.

حسنی، ج.، میرآقایی، ع . (۱۳۹۱). رابطه تنظیم شناختی هیجان با ایده پردازی خودکشی، *روانشناسی معاصر*، ۷(۱).۷۲-۶۱.

حیدری, م. , مامی, ش. , احمدی, و. و خاموشیان, ک . (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس .*خانواده درمانی کاربردی*.۴(۱)، ۵۷۰-۵۵۴. doi: 10.22034/aftj.2023.375772.1849 570.

خادمی, م., طباطبایی,س.م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش حافظه کاری دیداری بر کاهش افسردگی از طریق تغییر در شبکه‌های سه گانه توجهی .*روان شناسی بالینی*. ۱۵(۲)، ۸۱-۷۳.doi: 10.22075/jcp.2023.28636.2545

خدابخش، ف. (۱۴۰۲). *اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر حساسیت اضطرابی، علائم چندوجهی درد و سازگاری روانی بیماران مبتلا به سرطان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده علوم انسانی.

1. Zou

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]

شرفی، م.، جعفری، د. و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۱)، ۱۵۰-۱۳۸. doi:10.48305.21.1.138

صالحی، م.، محمدزاده، ح.، راستی، ج. و اعتمادی فر، م . (۱۴۰۳). تاثیر تمرینات هوازی، واقعیت مجازی و تکالیف دوگانه بر عملکردحرکتی و افسردگی بیماران ام. اس. افسرده .*رفتار حرکتی*، ۱۶(۵۵)، ۳۵-۵۴.https://doi.org/10.22089/mbj.2021.11043.1983

عبدی، ف. و صادقی، ف. (۱۴۰۳). رابطه تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی باکیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان .*فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*.۱۸(۲)، ۱۷۲-۱۵۲. doi: 10.48308/apsy.2024.234640.1610

عزیزپور، ۱.، آزموده، م.، آیرملو، ه .، و حسینی نسب، س د. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و ترس از سقوط در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۲۳ (۸) :۶۹۰-۶۷۷. http://journal.rums.ac.ir/article-1-7501-fa.html

فخرمند، ع.، مهری نژاد، ا.، خسروی ، ز. وکمالی، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر عواطف منفی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *طلوع بهداشت*. ۲۳ (۵) :۶۵-۵۰. doi: 10.18502/tbj.v23i5.17666

کاسپر، ف. ، هوسر، ه. و جیمسون ، ل. (۲۰۲۲). *اصول طب داخلی هاریسون: بیماری های مغز و اعصاب*. ترجمه عبدالرضا منصوری راد و سعید شاه بیگی ویرایش ۲۱. جلد اول.تهران. انتشارات ارجمند.

کاویانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*.(۶۶)۲. ۱۴۰-۱۳۶.http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.html

کیانی، پ. و آل یاسین، س.ع. (۱۴۰۳). اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر مشکلات رفتاری و تنظیم شناختی هیجان در کودکان دارای نشانگان اختلالات اضطرابی. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۶) :۱۴۸-۱۳۹.http://frooyesh.ir/article-1-5069-fa.html

محبوبی مطبوع ،م. ، احمدی ، و. ، سلیمان نژاد، ح. و جعفری مهدی آباد، ا. (۱۴۰۳). ارائه الگوی رفتار خودکشی بر اساس اضطراب با میانجیگری نیازهای بین فردی در اقدام کنندگان به خودکشی. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۳ (۳) :۱۰۰-۸۹. doi:10.22034/JHPM.13.3.89

یاوری، ا ، بحرینیان، س ع، مهرابی زاده هنرمند، م ، وزیری، ش. و آهی، ق . (۱۴۰۳). طراحی و کارآزمایی بالینی پروتکل روان درمانی افسردگی بر اساس مدل تبیین گر افسردگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس . *دست‌آوردهای روان‌شناختی*. آماده انتشار. https://doi.org/10.22055/psy.2023.43918.3045

Ahmad Othman, A., Wan Jaafar, W. M., Zainudin, Z. N., & Yusop, Y. M. (2024). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Anxiety among Emerging Adults in Malaysia. *Current Psychology*, 43(11), 9755-977.doi:10.1007/s12144-023-05064-4

Albahadlv, W. K. Y., Mohammed, A. H., Sabti, A. A., Al-Hili, A., Adnan, M., & Sabri, S. K. (2023). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Stress, Anxiety, and Depression of Patients with Breast Cancer. *IJBMC,10(1),109-119.* https://doi.org/10.22122/ijbmc.v10i1.426

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences* , 30(8), 1311-1327. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Gay, MC., Cassedanne, F., Barbot, F., Vaugier, I., Thomas, S., Manchon, E., Bensmail, D., Blanchere, M.& Heinzlef, O.(2024). Long-term Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy (CBT) in the Management of Fatigue in Patients with Relapsing Remitting Multiple Sclerosis (RRMS): a multicentre, randomised, open-label, controlled trial versus standard care. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 11;95(2):158-166. doi: 10.1136/jnnp-2023-331537.

Hosseini, S., Salehi, M., Jadidi, M., & Aghili, M. (2023). A Structural Model Explaining the Effect of Cognitive Emotion Regulation on the Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors: the Mediating Roles of Illness Perception and Psychological Well-being: Emotion regulation of FCR. *Archives of Breast Cancer*, 138-147. https://doi.org/10.32768/abc.2023102138-147

Jafarian, N., Rezaie, A., & Izadi, F. (2024). The Effectiveness of Mindfulness-Based Schema Therapy on Anxiety , Quality of life and Frustration Tolerance of Patients with Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, *22*(2), 143-156. doi: 10.22070/cpap.2024.18207.1418

Margoni, M., Preziosa, P., Rocca, MA.& Filippi, M. Depressive Symptoms, Anxiety and Cognitive Impairment: emerging evidence in multiple sclerosis. *Translational Psychiatry* 2023; 13(1): 264-78. https://doi.org/10.1038/s41398-023-02555-7

Nauta, IM., van Dam, M., Bertens, D., Kessels, RPC.& Fasotti, L. Improved Quality of Life and Psychological Symptoms Following Mindfulness and Cognitive Rehabilitation in Multiple Sclerosis and Their Mediating Role for Cognition: a randomized controlled trial. *J Neurol*. 2024 Jul;271(7):4361-4372.doi: 10.1007/s00415-024-12327-y. Epub 2024 Apr 23

Oh, J., Giacomini, PS., Yong, VW., Costello, F., Blanchette, F.& Freedman, MS. (2024).From Progression to Progress: The Future of Multiple Sclerosis. *J Cent Nerv*; 16: 11795735241249693.

Pakenham, KI.& Landi, G.(2023). A Pilot Randomised Control Trial of An Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Resilience Training Program for People with Multiple Sclerosis.; 1(1): 27-50 . https://doi .org/10.3390 /sclerosis 1010005

Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., & Mahon, S. (2022). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59(1), 84. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000427

Zou, C., Yu, Q., Wang, C., Ding, M., & Chen, L. (2023). Association of depression with cognitive frailty: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 133-139. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.118

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24 ]