

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

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.

akbar25361@gmail.com

Homeyra Tahmasebi

Instructor, Department of Nursing, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

شهربانو پهلوان سیدآبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

دکتر کلثوم اکبرناتاج بیسه (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

حمیرا طهماسبی

مری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ساری، ایران.

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 Questionnaire (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 psychotherapy method on improving Cognitive Emotion Regulation and reduce depression, and anxiety in women with MS.

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

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 جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل مقیاس افسردگی بک (BDI، بک، ۱۹۹۶)، مقیاس اضطراب بک (BAI، بک و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی (GCERQ، 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.

مقدمه

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروزیس^۱ 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^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). پیش‌آگهی 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 می‌کند (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 در هر صد هزار نفر 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 می‌برند (اوه^۳ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از عوامل تأثیرگذار در کنترل احساسات منفی مبتلایان به ام اس، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا احساسات خود را در طول 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 علائم 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^۴ به راهبردهای هدفمندی اطلاق می‌شود که از آنها برای تعدیل تجربیات هیجانی استفاده می‌شود. همان‌طور که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌های ناشی از هیجانات منفی را تنظیم کنند؛ به کارگیری راهبردهای منفی از قبیل سرزنش خود و دیگران، نشخوارگری و فاجعه‌نمایی نیز منجر به بروز استرس، افسردگی و سایر آسیب‌های روانی در فرد می‌شود (مارگونی^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس تنظیم شناختی هیجان سازگاران، موجب کاهش علائم بیماری، احساس رضایت و ارتقای درک فرد از سلامت عمومی و بهبود کیفیت زندگی او می‌شود (عبدی و صادقی، ۱۴۰۳). یافته‌های گارسیا و مارتینز^۶ (۲۰۱۹) در پژوهشی کیفی با هدف بررسی تجربیات و ادراکات مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به ام اس تحت روان درمانی شناختی رفتاری نشان داد که این درمان به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا استراتژی‌های شناختی را برای مدیریت واکنش‌های عاطفی و بهبود بهزیستی عاطفی کلی توسعه دهند و باعث ارتقای تنظیم شناختی هیجانی در این افراد گردید (نقل از افشار شاندیز 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^۷ و همکاران (۲۰۱۸) حدود ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به ام اس از افسردگی رنج می‌برند و یکی از ناتوان‌کننده‌ترین علائم روانشناختی است که سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران ام اس را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از عوامل مرتبط با افکار خودکشی است؛ به طوری که 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 وحشتناک در آینده نگران است. اکثر افراد مبتلا به ام اس که از اضطراب رنج می‌برند زن هستند و مدت بیماری کوتاه‌تر، 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^۸ 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. cognitive emotion regulation
 5. Margoni
 6. Garcia & Martinez
 7. Karta
 8. Jafarian

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 بر کاهش 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 در درمان بیماری ام اس، تنها می‌توانند به بهبودی در حملات، 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^۱، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری 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 نظر گرفته شده است. در این رویکرد درمانی فرد درمی‌یابد که این افکار غیرواقعی و غیرمنطقی و تحریف شده هستند که باعث ایجاد ناراحتی و رفتارهای دردرساز 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^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج حاصل از پژوهش‌های متعدد بر اثر بخشی روان‌درمانی‌های متعدد بر بیماران با علایم جسمانی و روانشناختی ناشی از بیماری‌های مزمن تاکید داشتند (جعفریان و همکاران، ۲۰۲۴؛ البجادلو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳؛ پاکنهام و لندی، ۲۰۲۳؛ عزیزپور و همکاران، ۱۴۰۳؛ حسینی و همکاران، ۱۴۰۳). در همین راستا نتایج پژوهش حیدری و همکاران (۱۴۰۳) با هدف اثربخشی طرحواره‌درمانی با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان 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 از کمبود 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، خانوادگی 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 مبنای نظری و عملی مناسبی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی 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 پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از بین آنها تعداد ۳۰ 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 سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن نمره ۲۱ تا ۴۲ از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۶)، نمره ۱۶ 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 ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت دو جلسه متوالی از برنامه‌های آموزشی، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، دریافت برنامه آموزشی/ درمانی دیگری در خصوص متغیرهای مرتبط با پژوهش بود. به منظور گردآوری 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

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 دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزشی شرکت کنندگان بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهشی را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش دریافت مجوز اخلاق از کمیته 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 شئون اخلاقی و اسلامی افراد شرکت کننده و اجرای مداخله آموزشی (هفته‌ای دوبار) پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار سنجش

سیاهه افسردگی بک^۱ (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 (۰-۱۳)، 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 بین 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^۲ 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^۳ (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 (۰ تا 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 روایی همگرای این سیاهه را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب همیلتون (I=۰/۵۱) بدست آورده است (به نقل از محبوبی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش کاوایی و موسوی (۱۳۸۷) نتایج ارزیابی روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای 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 (I=۰/۷۲، P<۰/۰۰۱). در پژوهش محبوبی و همکاران (۱۴۰۳) پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی این سیاهه در بازه زمانی دو هفته ۰/۸۹ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی آلفای کرونباخ کل مقیاس اضطراب ۰/۸۳ بدست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۴ (CERQ): این پرسشنامه توسط گارنفسکی^۵ 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، بازآزمایی مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، تحت نظر قرار دادن،

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

مقصر دانستن خود و مقصر دانستن دیگران است. در این پرسشنامه راهبردهای فاجعه‌سازی، 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) جمع‌آوری 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 هیجان‌ها نشان داده‌اند 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. (گارفنر، ۲۰۰۱). روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط حسنی و میرآقایی (۱۳۹۱) بررسی شده است که 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 مؤلفه‌های اصلی از ۹ خرده مقیاس پرسشنامه حمایت کرد و ۷۵ درصد از تغییرات توسط این خرده مقیاس‌ها 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 ۰/۷۴ 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^۱ (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 با توجه 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 پیش‌آزمون.
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 مقابله‌ای و فرمول بندی: مرور خودیاری جلسه قبل، بحث و تمرین گروهی در جلسه برای آشنایی با سطوح سه‌گانه شناخت "افکار خودآیند منفی، باورهای میانجی و باورهای بنیادین"، راهبردهای مقابله‌ای، 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 آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، ادامه آشنایی با فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی.
ششم	ارزیابی نگرانی‌ها و درمان آن‌ها: مرور خودیاری جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌ها، تکنیک شناسایی نگرانی‌ها، تکنیک بررسی مزایا و معایب نگرانی، تمایز بین نگرانی‌های کارساز و دردسرساز، تبدیل نگرانی‌ها به پیش‌بینی‌ها، آزمون پیش‌بینی‌های منفی، پذیرش محدودیت‌هایی چون بلا تکلیفی، نقص و فقدان کنترل کامل.
هفتم	ادامه درمان نگرانی‌ها: مرور خودیاری جلسه قبل، تکنیک بررسی افکار و پیش‌بینی‌های قبلی، تکنیک یادآوری مقابله‌های سودمند با حوادث منفی گذشته، تکنیک تجویز نگرانی، تکنیک بررسی افکار قابل آزمون، تکنیک پیشگویی‌های خودکام‌بخش، تجربه کردن هیجان‌ها به جای نگران بودن درباره آنها.
هشتم	آموزش تکنیک‌های مقابله با افسردگی و اضطراب ناشی از بیماری ام اس و تکنیک‌های شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، آموزش افسردگی و اضطراب مرتبط به بیماری ام اس و تکنیک‌های مقابله با آن، مداخله‌های مربوط به بهبود بخشیدن و افزایش عدم آمیختگی شناختی.
نهم	ادامه تکنیک‌های شناختی با تأکید بر تنظیم شناختی مطلوب هیجان: مرور خودیاری جلسه قبل، آموزش هیجان و تنظیم شناختی هیجان، آموزش تکنیک‌ها و مداخله‌های مربوط به بهبود بخشی تنظیم شناختی هیجان.
دهم	ادامه تکنیک‌های شناختی: مرور خودیاری جلسه قبل، برقراری ارتباط با لحظه کنونی یا زمان حال، مداخله‌های 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 تکنیک‌های ذهن آگاهی.

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 جمعیت 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 آزمایش $41/50 \pm 8/96$ و گروه کنترل $43/31 \pm 8/31$ همگون بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه آزمایش $8/23 \pm 3/21$ و کنترل $8/93 \pm 3/52$ 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 شاپیروویلیک

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-ویلیک استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون بود. بعلاوه نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی‌باشد ($P < 0/05$). برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون‌های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس‌های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (افسردگی، $F = 1/265$ ، $P = 0/271$ ؛ اضطراب، $F = 1/106$ ، $P = 0/302$ ؛ تنظیم شناختی هیجان مثبت، $F = 0/531$ ، $P = 0/473$ ؛ تنظیم شناختی هیجان منفی، $F = 3/098$ ، $P = 0/089$). نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های

هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) هیجان‌ها 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. به عبارت دیگر، افراد با بازنگری در باورهای منفی خود، قادر به دیدن موقعیت‌ها از زاویه‌ای مثبت‌تر می‌شوند که این امر به افزایش هیجان‌ها 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 هیجان‌ها 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 هیجان‌ها 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 کرایچ (۲۰۰۶)، سبک‌های تنظیم هیجان منفی شامل راهبردهایی هستند که نه تنها به کاهش هیجان‌ها منفی کمک نمی‌کنند، بلکه ممکن است به تشدید این هیجان‌ها و حتی ایجاد اختلالات روانی منجر شوند. راهبردهایی مانند نشخوار فکری، فاجعه‌سازی و سرزنش خود از جمله مهم‌ترین سبک‌های تنظیم هیجان منفی هستند (نقل از اسرافیلیان، 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 هیجان‌ها نشان به کار گیرند. 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 هیجان‌ها 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 دوری کنند. علاوه بر این، 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 به عنوان 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 جایگزین کند (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 بر کاهش میزان افسردگی زنان مبتلا به ام اس اثربخش است. این یافته با نتایج یافته‌های یآوری (۱۴۰۳)، حیدری و همکاران (۱۴۰۲)، شرفی و همکاران (۱۴۰۲)، احمد عثمان (۲۰۲۴)، نیوتا^۱ و همکاران (۲۰۲۴) و البحدلو 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 بی‌فایده‌گی را در فرد 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 بازبینی کرده و به چالش بکشد. به عبارتی در جریان درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ثبت افکار، بررسی شواهد، تضعیف طرحواره‌های منفی و تغییر باورهای غیرمنطقی، به اصلاح شناخت‌های منفی خود پردازد 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 احمدی‌کتابی‌نچه و خوش اخلاق (۱۴۰۳)، عزیزپور و همکاران (۱۴۰۳)، افشاری و همکاران (۱۴۰۲)، خدابخش (۱۴۰۲)، جعفریان و همکاران (۲۰۲۴)، البحدلو و همکاران (۲۰۲۳) و مارگونی و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس

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 بیماران کمک 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 می‌آموزند که 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 به جای 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^۱ 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 شهر تهران، که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند، در نظر گرفتن 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 اجرای آزمون پیگیری از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود. لذا پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی جهت کاهش سوگیری احتمالی و کنترل متغیرهای مداخله گر، نمونه از شهرها و گروه‌های مختلف با حجم بیشتر استفاده شود. همچنین پژوهشگران از این روش درمان روی گروه‌های 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 کتابونجه، 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 انگفشه، ف. (۱۴۰۳). مدل‌یابی ساختاری رابطه سازگاری هیجانی و ذهن‌آگاهی با میانجگری تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی سلامت*، ۱۳ (۴۹)، ۹۸-۸۳. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66684.5717>
- افشار شاندریز، 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.، اسمعیلی، ا. و اسدنیای، 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 ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴ (۸۴)، ۶۱-۷۰.
- حسنی، ج.، میرآقایی، ع. (۱۳۹۱). رابطه تنظیم شناختی هیجان با ایده‌پردازی خودکشی، *روانشناسی معاصر*، ۷ (۱۷)، ۶۱-۷۲.
- حیدری، م.، مامی، ش.، احمدی، و. و خاموشیان، ک. (۱۴۰۲). اثربخشی طرح‌واره‌درمانی با درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به ام اس. *خاتواده درمانی کاربردی*، ۴ (۱)، ۵۷۰-۵۵۴. [doi: 10.22034/afjt.2023.375772.1849.570](https://doi.org/10.22034/afjt.2023.375772.1849.570)
- خادمی، م.، طباطبایی، س.م. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش حافظه‌کاری دیداری بر کاهش افسردگی از طریق تغییر در شبکه‌های سه‌گانه توجهی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۵ (۲)، ۷۳-۸۱. [doi: 10.22075/jcp.2023.28636.2545](https://doi.org/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*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده علوم انسانی.

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

- 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](https://doi.org/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 عملکرد حرکتی 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 با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۲)، ۱۷۲-۱۵۲. [doi: 10.48308/apsy.2024.234640.1610](https://doi.org/10.48308/apsy.2024.234640.1610)
- عزیزپور، ا.، 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>
- خرمند، ع.، مهری نژاد، ا.، خسروی، ز. و کمالی، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر عواطف منفی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به مالتهپیل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *طلوع بهداشت*، ۲۳(۵): ۶۵-۵۰. [doi: 10.18502/tbj.v23i5.17666](https://doi.org/10.18502/tbj.v23i5.17666)
- کاسپر، ف.، هوسر، ه. و جیمسون، ل. (۲۰۲۲). *اصول طب داخلی هاریسون: بیماری‌های مغز و اعصاب*. ترجمه عبدالرضا منصوری راد و سعید شاه بیگی ویرایش ۲۱. جلد اول. تهران: انتشارات ارجمند.
- کویانی، ح. و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۲۶(۶۶): 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 روان‌شناسی*، ۱۳(۶): ۱۳۹-۱۴۸. <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](https://doi.org/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 روان‌درمانی 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), 9755-9777. [doi:10.1007/s12144-023-05064-4](https://doi.org/10.1007/s12144-023-05064-4)
- Albahadly, 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](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. & Heinzllef, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1007/s00415-024-12327-y). [Epub 2024 Apr 23](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/43614372/)
- 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/sclerosis1010005>
- 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>