MEJDS. 2019; 9:77.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Cognitive-Behavioral Stress Management Training (CBSM) on Reducing Stress Symptoms of Women with Multiple Sclerosis (MS)

Asadi Haghgihat M[1], *Zahrakar K[2], Farzad V[3]

Author Address
1. PhD Student Counselling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. PhD counselling, Associate Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. PhD counselling, Associate Professor, Central Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding Author E-mail**: Drzahrakar@gmail.com

Received: 2018 July 29; **Accepted:** 2018 September 4

Abstract

Background & Objective: Multiple sclerosis (MS) is a chronic autoimmune disease affecting the central nervous system with unknown causes. Beginning often in the late adolescence and early adult life. Prevalence among women is more than men is. MS can produce a wide variety of symptoms, including loss of function or feeling in limbs, loss of bowel or bladder control, sexual dysfunction, debilitating fatigue, blindness, loss of balance, pain, loss of cognitive functioning and emotional changes. Chronic illnesses like MS cause to increase stress levels. The belief that stress causes exacerbation is widespread among people with MS. Among the effective therapies for deduction of stress symptoms, cognitive–behavioral stress management approach has been successfully applies to combine stress reduction methods such as muscle relaxation, cognitive rehabilitation, effective copying training, and anger management. Therefore this studies aimed to review the effectiveness of cognitive–behavioral stress management training on reducing stress symptoms of women with Multiple Sclerosis (MS).

Methods: The design of this study was quasi–experimental with pre–test, post–test and control group. The study population consisted of all female MS patients who were member of Tehran MS associations in the year of 2017. The sample consisted of 30 patients, who were selected by volunteer sampling method and were placed by matching method in experimental and control groups. For collecting the data, stress symptoms inventory of Khorasani (designed in year 1998) was used. The experimental group was trained in cognitive–behavioral stress management approach, designed by Antoni, Ironson and Schneider in year 2007 and the control group received no intervention. The duration of the treatment sessions consisted of 8 sessions of 90 minutes, performed as a group once a week in the MS center. Research data were analyzed by repeated measurement analysis using SPSS software.

Results: To analyze the variance for repeated measures, we examined the assumptions of this test. Shapiro Wilk test was used to check the normal scores. The result showed that the distribution of data is normal. Levin Levin's findings also showed that the homogeneous assumption of covariance of data and the slope of regression was established. The mean of the stress symptoms variable for the experimental group in the pre–test was 184.47 which decreased in the post–test into 146.80 and in the follow up reached to 143.73 but there was no meaningful changes in control group. The mean of the physical stress symptom for experimental group in pre–test was 81.07 which reached in the post– test into 66.40 and in the follow up reached to 67 ($p<0.001$). There was no significant changes in control group in 3 stages. The mean of the behavioral stress symptom for experimental group in pre–test was 42.27 which reached in the post– test into 37.47 and in the follow up reached to 36.60 ($p<0.001$). There was no significant changes in control group in 3 stages. The mean of the emotional stress symptom for experimental group in pre–test was 34.07, which reached in the post– test into 30.33 and in the follow up reached to 30.87.There was no significant changes in control group in 3 stages ($p<0.001$), but there was no significant changes in control group in 3 stages. The mean of the cognitive stress symptom for experimental group in pre–test was 27.07 which reached in the post–test into 22.80 and in the follow up reached to 22.60. There was no significant changes in control group in 3 stages ($p<0.001$). Result of Bonferroni correction showed there was significant difference in comparing mean of pre–test with post–test and pre–test with follow up in stress symptoms and its components. Based on the results of the repeated measurement analysis test, there was significant difference between the pre–test scores with post–test and follow up scores, therefore stress management training had a meaningful effect on the reduction of stress symptoms.

Conclusion: Trainings presented in form of stress management in a cognitive–behavioral approach have significant positive effects on the reduction of all stress symptoms of women with multiple sclerosis (MS). Therefore, it can be used as a useful intervention to reduce the stress symptoms of women with MS and benefit from it in educational and health centers.

Keywords: Stress management training, Stress symptoms, Multiple Sclerosis, Women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۷۷.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان استرس در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس (MS)

مهناز اسدی حقیقت[۱]، *کیانوش زهراکار[۲]، ولی‌الله فرزاد[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دکترای مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۳. دکترای مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی ، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Drzahrakar@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷مرداد۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳شهریور۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری مولتیپل‌اسکلروزیس از بیماری‌های شایع در کشور ما، به‌خصوص در بانوان است. نقش استرس در تشدید بیماری اهمیت بسیار دارد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان استرس و ابعاد آن در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس انجام شد.

روش‌بررسی: این مطالعه شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن مبتلا به اماس عضو انجمن اماس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌روش داوطلبانه انجام شد و نمونه‌ها به‌شیوهٔ همتاسازی در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. ابزار پژوهش، مقیاس سنجش نشانگان استرس سیدخراسانی صدیقانی (۱۳۷۷) بود. در فاصلهٔ بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برنامهٔ مداخلهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری آنتون و ایرونسون و اشنایدرمن (۲۰۰۷) در طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌های پژوهش پس از استخراج با استفاده از روش اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان کلی استرس و ابعاد آن (نشانگان جسمانی، رفتاری، هیجانی، شناختی) مؤثر است. ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بیانگر ماندگاری تأثیر مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری با گذشت زمان است؛ بنابراین می‌توان این روش را برای کاهش نشانگان استرس در مبتلایان به بیماری مولتیپل‌اسکروزیس به‌کار برد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری، نشانگان استرس، اماس، زنان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

۱ مقدمه

مولتیپل‌اسکلروزیس (MS) از بیماری‌های بسیار مهم سیستم عصبی مرکزی و بسیار رایج نورولوژیک در انسان است و شیوع بیشتری در بروز ناتوانی در جوانان دارد (۱). سیر این بیماری در زنان شایع‌تر و با پیش‌آگهی بهتر و البته خوش‌خیم‌تر است (۲) علل ابتلای بیشتر زنان به اماس تفاوت‌های اساسی در سیستم ایمنی بوده که به تفاوت در هورمون‌های جنسی و توزیع ژنی در کروموزوم X مربوط می‌شود (۳). علت این بیماری ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی است (۴). در تجربهٔ بسیاری از افراد مبتلا به اماس ارتباطی قوی بین استرس و عود بیماری وجود دارد و اکثر آن‌ها بیان می‌کنند علائم بیماری در طی زمان استرس تشدید می‌شود. در طول زمان استرس، به انرژی بیشتری برای فکرکردن و حل مشکلات زندگی روزانه نیاز است و این تحلیل انرژی باعث خستگی و اختلال در عملکرد روزانهٔ بیماران می‌شود (۵). در ۸۵تا۹۰درصد در بیماری اماس دوره‌های تشدید علائم بیماری و بهبود وجود دارد که تشدید بیماری پیش‌بینی‌ناپذیر بوده و امروزه معلوم شده است که استرس‌های روان‌شناختی سبب فعال‌شدن این بیماری می‌شوند (۶). مطالعهٔ آکرمن و همکاران روی ۲۳ زن مبتلا به اماس به‌مدت یک‌سال مشخص کرد در ۸۵درصد بیماران، تشدید بیماری بعد از رویدادهای تنش‌زا ایجاد شده و درحقیقت استرس به‌عنوان عاملی فعال‌کننده در برگشت بیماری مطرح است. همچنین نتایج مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی ارتباط بین استرس و میزان عود علائم در بیماران مبتلا به اماس» نشان داد علائم عود بیماری و بستری‌شدن‌های مکرر در بیماران دارای استرس زیاد، بیشتر بوده است (۷). گولد و همکاران نیز پژوهشی در جهت نقش شیوهٔ پاسخ استرس در بیماری‌زایی و پیشرفت اماس داشتند. آن‌ها یافته‌های پژوهش‌های مولکولی، سلولی، تجربی، بالینی و همه‌گیرشناسی قبلی را در این زمینه با هم پیوند دادند تا نقش شیوه‌های پاسخ استرس را در پیشرفت و بیماری‌زایی اماس شرح دهند. براساس مدارک حاصل دریافتند درواقع در بیماری اماس عملکرد دستگاه ایمنی بدن با شیوه‌های پاسخ استرس مختل می‌شود؛ بنابراین براساس این پژوهش‌ها احتمالاً بین استرس و تشدید بیماری اماس رابطهٔ قوی وجود دارد و هرچند که سازوکارهای این رابطه کاملاً شناخته نشده است، به‌نظر می‌رسد کاهش و مهار استرس در این بیماری اهمیت زیادی داشته باشد (۸).

محققان علائم و نشانگان استرس را به چهار دستهٔ کلی تقسیم کرده‌اند که عبارت است از: الف. نشانگان هیجانی که احساس‌هایی را مانند تحریک‌پذیری، خشم و خشونت، استرس، احساس نومیدی و افسردگی، نوسان خُلق و سرخوشی در بر می‌گیرد؛ ب. نشانگان شناختی شامل ناتوانی در تفکر واضح بوده که نمود آن در فرایندهای دریافت اطلاعات، حل مسئله و تصمیم‌گیری، خلاقیت و بازیابی اطلاعات شخصی آشکار می‌شود؛ ج. نشانگان رفتاری که رفتارهایی ازقبیل اختلال در خواب، زیاده‌روی در مصرف الکل، افراط یا تفریط در خوردن، اجتناب از تماس با مردم و تغییر در وضع زندگی است؛ د. نشانگان جسمانی، کولیت، اسهال، یبوست، سوءهاضمه، احساس فشار در ناحیهٔ قلب، زخم معده، دیابت، تنش پیش از قاعدگی و ناتوانی را شامل می‌شود (۹). ازآنجاکه بیماران مبتلا به اماس هم باید با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی‌از علائم بیماری که نوسان‌دار و پیش‌بینی‌ناپذیر بوده، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباط‌ها و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند. هدف مداخلات روان‌شناختی کمک به این افراد به‌منظور مقابله با چالش‌های مذکور است (۱۰).

تجهیز بیماران به مهارت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای برای کمک به کاهش یا مدیریت استرس در بیماری‌های مزمن، مداخله‌ای مهم است (۱۱). برنامهٔ مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری (CBSM) یکی از راهبردهای مداخله‌ای بوده که مرکب از عناصری مانند افزایش آگاهی دربارهٔ استرس، آموزش تن‌آرامی و مراقبه، آموزش خودزداد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکهٔ حمایت اجتماعی و مدیریت خشم است (۱۲). اهداف طراحی برنامهٔ CBSM، عبارت است از: الف. جمع‌آوری اطلاعات برای افراد دربارهٔ منابع استرس، ماهیت پاسخ‌های استرس در انسان و انواع راهبردهای مقابله‌ای به‌کاررفته در مواجهه با استرس‌آورها؛ ب. آموزش مهارت‌های کاهش استرس، ازقبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرام‌بخش؛ ج. تعدیل و اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی؛ د. ارتقای مهارت‌های حل تعارض بین‌فردی و ارتباطی ازطریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم؛ هـ. افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی ازطریق مهارت‌های بین‌فردی و ارتباطی اصلاح‌شده (۱۳). در پژوهش‌های مختلفی، اثربخشی مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری برای افراد دارای بیماری‌های مزمن و افراد عادی بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. اوریش و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی مداخلهٔ مدیریت استرس به‌روش شناختی‌رفتاری بر میزان ترشح کورتیزول در مادران مستمند و نوزادانشان پرداختند. نتایج نشان داد این مداخلات در کنترل نشانگرهای بیولوژیکی استرس مادران و نوزادانشان مؤثر است. در پژوهش مک گریگور و همکاران (۱۵) که مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری را

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

در زنان سالم درمعرض خطر برای سرطان سینه انجام دادند، شرکت‌کنندگان گروه مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری، به‌طور معناداری نشانه‌های افسردگی پس از درمان کمتر و استرس ادراک‌شدهٔ کمتری را درمقایسه با گروه گواه گزارش کردند. همچنین حمید (۱۶) به بررسی مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش استرس زنان پرداخت. او دریافت این نوع مدیریت سبب کاهش استرس زنان شده و این کاهش تا دوازده ماه مشهود ماند.

باتوجه به فراوان‌بودن شیوع این بیماری در کشور ما، به‌خصوص در نسل جوان و بانوان، نقش استرس در تشدید بیماری، مشکلات روان‌شناختی و جسمانی ناشی‌از بیماری، درمان‌نشدن قطعی و نیز ناکامی درمان‌های دارویی در درمان اثربخش آن، ضرورت ارائهٔ مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش میزان استرس بیماران مبتلا به اماس بیش از پیش احساس می‌شود. درارتباط با اماس تلاش پژوهشگر برای یافتن مطالعاتی درخصوص اثربخشی این مداخله بر متغیر نشانگان استرس منجربه نتیجه نشد؛ بنابراین محقق در پژوهش حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان استرس مؤثر است یا خیر؟

۲ روش‌بررسی

این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران زن مبتلا به اماس عضو انجمن اماس شهر تهران در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. به‌منظور نمونه‌گیری، ابتدا از میان زنان بیمار داوطلب و متقاضی شرکت در جلسات آموزشی، ۱۲۰ نفر واجد ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه، به‌شیوهٔ داوطلبانه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: ۱. تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید بیماری توسط متخصص مغز و اعصاب باتوجه به پروندهٔ بیمار؛ ۲. دامنهٔ سنی ۲۵ تا۳۵ سال؛ ۳. دارابودن تحصیلات دست‌کم سیکل؛ ۴. مبتلانبودن به مرحلهٔ شدید و حاد بیماری (ابتلا بیماران به نوع عودکننده‌ـ بهبودپذیر)؛ ۵. داشتن حداقل شش ماه سابقهٔ ابتلا به بیماری؛ ۶. تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی‌بر داوطلبانه‌بودن شرکت در مطالعه؛ ۷. دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناختی خارج از جلسات درمانی.

ملاک‌های خروج افراد از مطالعه شامل داشتن ملاک‌های تشخیص برای اختلال‌های بارز روان‌پزشکی براساس مصاحبهٔ بالینی، ابتلا به اختلال‌های حاد یا مزمن جسمی مانند بیماری‌های ناتوان‌کنندهٔ قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی عضلانی و کلیوی، اعتیاد یا مصرف الکل و سابقهٔ شرکت در برنامه‌های آموزشی در ارتباط با روش‌های مقابله با استرس در طی شش ماه گذشته، بود. در مرحلهٔ بعد، برای جمع‌آوری داده‌ها تمامی بیماران واجد شرایط شرکت در مطالعه، توسط مقیاس سنجش نشانگان استرس سید خراسانی صدیقانی (۱۳۷۷) ارزیابی شدند. این مقیاس حاوی پنجاه سؤال در چهار بُعد نشانگان شناختی، عاطفی، رفتاری و جسمانی است. مقیاس جسمانی ۲۳ ماده، مقیاس رفتاری یازده ماده، مقیاس هیجانی نه ماده و مقیاس شناختی هفت ماده را در برمی‌گیرد. شیوهٔ نمره‌گذاری این پرسشنامه مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت بوده و شامل اصلاً وجود ندارد، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد است. همهٔ سؤال‌ها به‌صورت مثبت طرح شده‌اند. برای نمره‌گذاری پرسشنامه به طیف لیکرت از صفر تا پنج امتیاز داده می‌شود؛ یعنی به اصلاً وجود ندارد، نمرهٔ صفر و به‌ترتیب تا خیلی زیاد نمرهٔ پنج تعلق می‌گیرد. سیدخراسانی صدیقانی پایایی این مقیاس را ازطریق آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های جسمانی (۰/۹۰)، رفتاری (۰/۸۸)، عاطفی (۰/۸۸)، شناختی (۰/۸۰) و کل پرسشنامه (۰/۸۶) گزارش کرده است (۱۷). در پژوهش حسینی و همکاران (۱۸) نیز آلفای کرونباخ کل برای این مقیاس ۰/۸۱ به‌دست آمد. برای رفع نگرانی از وجود برخی تفاوت‌های جزئی فرهنگی و سنی در جمعیت مطالعه‌شدهٔ پژوهش، پژوهشگر خود نیز پایایی مقیاس سنجش نشانگان استرس را محاسبه کرد که ضریب آلفا برای نشانگان جسمانی استرس ۰/۷۰، رفتاری ۰/۷۷، هیجانی ۰/۷۴، نشانگان شناختی ۰/۸۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ مشاهده شد. پس از بررسی پرسشنامه‌ها، ۳۰ نفر از بیماران دارای نمرهٔ بیشتر از ۱۶۶ در مقیاس سنجش نشانگان استرس، به‌عنوان نمونهٔ پژوهش انتخاب شدند. در مرحلهٔ آخر این بیماران با استفاده از روش همتاسازی در دو گروه، شامل یک‌گروه آزمایشی و یک‌گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش همتاسازی براساس مدت‌زمان ابتلا به بیماری، سن، وضعیت اقتصادی، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال بود. مداخلهٔ آموزشی مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

گروهی و هفتگی برای بیماران گروه آزمایشی در انجمن اماس شهر تهران برگزار شد. بیماران گروه گواه در طی ارائهٔ آموزش‌ها به گروه آزمایش، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. محتوای جلسات آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری براساس طرح درمانی آنتونی و همکاران (۲۰۰۷) تنظیم شد (۱۳) که شرح مختصر آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری

جلسه	عنوان‌ها	تکنیک‌های آموزشی
اول	معرفی برنامه، استرس‌آورها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی	اخذ پیش‌آزمون، معرفی رهبر گروه، ارائهٔ اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح اصل رازداری، بررسی استرس‌آورها، تأثیرهای جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی	آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه‌ای، تکمیل چک‌لیست نشانه‌های استرس، مرور تأثیرهای استرس و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی آن.
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجان‌ها	معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای چهار گروه ماهیچه‌ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه‌ها و تأثیرهای استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساس‌ها، تمرین قدرت فکر.
چهارم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریف‌های شناختی	ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (به‌معنای منقبض‌نکردن هیچ ماهیچه‌ای) همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریف‌های شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی.
پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی، ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابلهٔ کارآمد	معرفی آموزش خودزاد و ارائهٔ دستورکارهای آن، اجرای آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی، معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث برای یک‌پارچه‌کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائهٔ تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابلهٔ کارآمد و ناکارآمد، گفت‌وگو دربارهٔ راهبردهای مقابله.
ششم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، مراقبهٔ مانترا، مدیریت خشم	اجرای تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقایی‌های مثبت، اجرای مراقبهٔ نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام‌های مقابله‌ای مؤثر، انجام تمرین مقابلهٔ کارآمد، معرفی تکنیک نرم‌کردن برای استرس‌آور طاقت‌فرسا و انجام تمرین آن، معرفی مراقبه، ارائهٔ حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبهٔ مانترا، گفت‌وگو دربارهٔ فواید تمرین منظم، بحث برای مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث دربارهٔ خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم.
هفتم	مراقبهٔ شمارش تنفس، آموزش ابرازگری، تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه	اجرای مراقبهٔ شمارش تنفس و مراقبهٔ نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک‌های بین‌فردی، بحث دربارهٔ موانع رفتار ابرازگونه، ارائهٔ مؤلفه‌های ارتباط ابرازگرانه، گفت‌وگو برای استفاده از حل مسئله در تعارض‌ها، بررسی گام‌های رفتار ابرازگرانه‌تر، مرور تمرین‌های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنهٔ ساحل و مراقبهٔ شمارش تنفس، بحث حمایت اجتماعی و فواید آن، گفت‌وگو دربارهٔ موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی.
هشتم	جمع‌بندی آموخته‌ها	مرور کل برنامه، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤال‌های اعضا و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسهٔ پیگیری در یک‌ماه آینده.

پس از پایان جلسات، در پس‌آزمون مقیاس سنجش نشانگان استرس از هر دو گروه اخذ شد. جهت بررسی ماندگاری اثر مداخلات آموزشی، یک‌ماه پس از اتمام آموزش‌ها، ارزیابی مقیاس مذکور به‌طور مجدد صورت گرفت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، پژوهشگر خود را به واحدهای مربوط معرفی کرده و دربارهٔ اهداف پژوهش توضیح داد. رضایت شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه اخذ و بر آزادبودن آن‌ها برای حضور در ادامهٔ پژوهش تأکید شد. همچنین به ایشان جهت محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد.

برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی و میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی به‌شرط تأییدشدن مفروضه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۸ به‌کار رفت.

۳ یافته‌ها

ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی پرداخته شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش برحسب عضویت گروهی

متغیر		گروه آزمایش (n=۱۵)	گروه گواه (n=۱۵)
سن	میانگین	۳۱/۴	۲۹/۸۶
	انحراف معیار	۳/۸۳	۳/۸۵
وضعیت تأهل		گروه آزمایش تعداد (درصد)	گروه گواه تعداد (درصد)
	مجرد	۷ (۴۶درصد)	۷(۴۶درصد)
	متأهل	۸ (۵۳درصد)	۸ (۵۳درصد)

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمونهٔ پژوهش شامل ۳۰ نفر (گروه آزمایش و گواه هر کدام ۱۵ نفر) بوده‌که وضعیت سن و تأهل هریک از آن‌ها در جدول مذکور به‌تفکیک آورده شده است. بررسی مفروضات این آزمون، جهت انجام تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر، صورت گرفت. به‌منظور ارزیابی نرمال‌بودن نمرات از آزمون شاپیرو_ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد توزیع داده‌ها برای تمامی متغیرها نرمال است. همچنین یافته‌های آزمون لون مشخص کرد مفروضهٔ همگنی کواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و نتایج آزمون تحلیل واریانس ملاحظه می‌شود.

براساس جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت میانگین متغیر نشانگان کلی استرس در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون از ۱۸۴/۴۷ به ۱۴۶/۸۰ در پس‌آزمون کاهش یافته و در پیگیری ۱۴۳/۷۳ شده است؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر چندانی دیده نمی‌شود. نتیجهٔ آزمون تحلیل واریانس برای متغیر نشانگان کلی استرس نشان داد تغییر (کاهش) در مراحل مختلف آزمون معنادار بوده و مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان کلی استرس در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس اثربخش بوده است ($p<۰/۰۰۱$).

همچنین میانگین متغیر نشانگان جسمانی استرس در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون از ۸۱/۰۷ به ۶۶/۴۰ در پس‌آزمون کاهش داشته و در پیگیری به ۶۷ رسیده است؛ اما در گروه گواه تغییر چندانی وجود ندارد. نتیجهٔ آزمون تحلیل واریانس برای این متغیر مشخص کرد مراحل مختلف آزمون تغییر (کاهش) معناداری داشته است و مدیریت استرس به‌روش شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان جسمانی استرس در زنان مبتلا به اماس تأثیر دارد ($p<۰/۰۰۱$).

میانگین متغیر نشانگان رفتاری استرس در گروه آزمایش در پیش‌آزمون از ۴۲/۲۷ به ۳۷/۴۷ در پس‌آزمون کاهش یافته و در پیگیری ۳۶/۶۰ شده است. در گروه گواه تغییر چندانی مشاهده نشد. نتیجهٔ آزمون تحلیل واریانس برای این متغیر بیانگر تغییر (کاهش) معنادار در مراحل مختلف آزمون بوده و مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان رفتاری استرس در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس اثربخش است ($p<۰/۰۰۱$). میانگین متغیر نشانگان هیجانی استرس در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون از ۳۴/۰۷ به ۳۰/۳۳ در پس‌آزمون کاهش یافته و در پیگیری به ۳۰/۸۷ رسید. نتیجهٔ آزمون تحلیل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

واریانس برای این متغیر نشان داد تغییر (کاهش) در مراحل مختلف آزمون معنادار است و مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان هیجانی استرس در زنان مبتلا به اماس تأثیر دارد ($p<۰/۰۰۱$). در نهایت نتایج جدول ۳ مشخص کرد میانگین متغیر نشانگان شناختی استرس در گروه آزمایش در پیش‌آزمون از ۲۷/۰۷ به ۲۲/۸۰ در پس‌آزمون کم شده و در پیگیری به ۲۲/۶۰ رسیده است. نتیجهٔ آزمون تحلیل واریانس برای این متغیر نشان داد تغییر (کاهش) در مراحل مختلف آزمون معنادار بوده و مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان شناختی استرس در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس اثربخش بوده است ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۳. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای نشانگان کلی استرس و ابعاد آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتیجهٔ آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
نشانگان کلی استرس	آزمایش	۱۸۴/۴۷	۱۱/۹۹	۱۴۶/۸۰	۴/۸۶	۱۴۳/۷۳	۵/۷۰	۱۱۶/۲۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	گواه	۱۸۹/۱۳	۱۳/۵۲	۱۹۰/۲۷	۱۱/۴۱	۱۹۱	۱۲/۰۶			
نشانگان جسمانی استرس	آزمایش	۸۱/۰۷	۵/۱۶	۶۶/۴۰	۹/۲۶	۶۷	۱۰/۲۲	۱۹/۰۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۰۵
	گواه	۸۴/۶۷	۷/۴۴	۸۴/۲۰	۵/۸۳	۸۴/۳۳	۵/۳۷			
نشانگان رفتاری استرس	آزمایش	۴۲/۲۷	۶/۳۲	۳۷/۴۷	۶/۶۳	۳۶/۶۰	۶/۵۰	۱۱/۳۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۸
	گواه	۴۳/۳۳	۷/۶۴	۴۳	۶/۹۴	۴۲/۶۰	۶/۶۵			
نشانگان هیجانی استرس	آزمایش	۳۴/۰۷	۵/۶۰	۳۰/۳۳	۵/۳۵	۳۰/۸۷	۴/۵۸	۲/۲۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۷۴
	گواه	۳۶/۹۳	۳/۱۳	۳۷/۱۳	۳/۵۴	۳۷/۴۷	۳/۷۰			
نشانگان شناختی استرس	آزمایش	۲۷/۰۷	۳/۲۸	۲۲/۸۰	۴/۱۶	۲۲/۶۰	۳/۶۴	۲۸/۱۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	گواه	۲۴/۲۰	۳/۲۱	۲۵/۳۳	۳/۶۴	۲۵/۸۷	۳/۵۴			

بعد از معناداری تفاوت‌ها در گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد تا به بررسی اختلاف بین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش پرداخته شود (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی بین میانگین متغیرها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش

	مرحلهٔ A	مرحلهٔ B	اختلاف میانگین	انحراف معیار	مقدار p
نشانگان کلی استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۸/۲۶۷	۱/۷۷۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۱۹/۴۳۳	۱/۹۱۸	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۱۶۷	۰/۵۹۹	۰/۱۸۵
نشانگان جسمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۵۶۷	۱/۴۶۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۷/۲۰۰	۱/۶۷۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۶۷	۰/۳۹۸	۱/۰۰۰
نشانگان رفتاری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۲۶۷	۰/۶۶۵	۰/۰۰۲
		پیگیری	۳/۲۰۰	۰/۶۱۲	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳۳	۰/۴۰۴	۰/۳۸۲
نشانگان هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۷۶۷	۰/۵۸۷	۰/۰۱۶

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

		پیگیری	۱/۳۳۳	۱/۱۶۹	۰/۰۴۱
نشانگان شناختی	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۳۳ –	۱/۲۴۹	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۵۶۷	۰/۵۰۸	۰/۰۱۴
		پیگیری	۱/۴۰۰	۰/۵۲۰	۰/۰۳۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۶۷ –	۰/۲۶۳	۱/۰۰۰

براساس نتایج جدول ۴ در گروه آزمایش بین میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری در متغیرهای نشانگان کلی استرس و ابعاد آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین نتایج بیان می‌کند مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان کلی استرس و ابعاد آن در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس اثربخش بوده است؛ اما ازطرف‌دیگر بین میانگین‌های پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای مذکور تفاوت معناداری مشاهده نشد. این مطلب حاکی از ماندگاری اثر مداخلهٔ انجام‌شده در گروه آزمایش است.

٤ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش نشانگان کلی استرس و ابعاد آن در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس (MS) انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به اماس که در برنامهٔ مداخلهٔ شناختی‌رفتاری گروهی شرکت داشتند، بعد از پایان مداخله استرس کمتری را تجربه کردند و تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری دیده شد؛ به‌عبارت‌دیگر مداخلهٔ مدیریت استرس با این شیوه، نشانگان استرس و ابعاد آن را کاهش داد. این یافته‌ها همخوان با پژوهش‌های اوریش و همکاران (۱۴) و مک گریگور و همکاران (۱۵) و حمید (۱۶) است. براساس مطالعات آکرمن و همکاران (۷) و گولد و همکاران (۸) می‌توان گفت به احتمال زیاد، بین استرس و فعال‌سازی بیماری اماس رابطه‌ای قوی وجود دارد. چگونگی این رابطه کاملاً شناخته شده نیست؛ ولی به‌نظر می‌رسد کاهش استرس در این بیماری از اهمیت بسزایی برخوردار باشد؛ بنابراین برنامهٔ مداخله‌ای با توانایی کاهش نشانگان استرس در این بیماران، می‌تواند از روند سریع این بیماری جلوگیری کند.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان کرد، این مداخله شامل برنامهٔ جامعی برای همهٔ ابعاد شناختی، رفتاری، جسمانی و هیجانی ایجاد استرس است. برنامهٔ مدیریت استرس به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌های به‌وجودآورندهٔ استرس را شناسایی کنند. شناخت بهتری دربارهٔ خود پیدا کرده و ضعف و قوت خویش را بشناسند. سپس راهبردهای مقابله‌ای را برای مواجهه با این موقعیت‌ها بیاموزند. استرس با افزایش تنش عضلانی و افزایش تنش عضلانی با استرس همراه است؛ بنابراین برنامهٔ مدیریت استرس با آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی می‌تواند عامل مؤثری در کاهش استرس باشد. همچنین آموزش فنون و مهارت‌های شناختی‌رفتاری نظیر مقابله با خُلق منفی، کنترل خشم، حل مسئله، بررسی خطاهای شناختی و بازسازی شناختی، قادر به کاهش نشانگان استرس است. این یافته‌ها با نظریهٔ زیربنای مداخله یعنی نظریهٔ شناختی‌رفتاری مطابقت دارد. براساس این نظریه تغییر در عادت‌های رفتاری و سبک پردازش اطلاعات افراد، منجربه کاهش هیجان‌های منفی آن‌ها می‌شود (۱۹). در مداخلهٔ مدیریت استرس شناختی‌رفتاری بخشی از تأثیر مداخله که به جنبه‌های رفتاری مربوط می‌شود، با بهبود روابط اجتماعی و نیز کاهش استرس بیمار که عملکرد فرد را بهتر کرده، در بهبود سلامت روان بیان‌شدنی است. این جنبه از مداخله از دور باطل روابط مختل افکار ناکارآمد جلوگیری می‌کند. بیماران تغییراتی را در ظاهر خود تجربه می‌کنند و انزوا و گوشه‌گیری پاسخی شایع در آن‌ها است. مدیریت استرس شناختی‌رفتاری که تعامل مثبت جنبه‌های رفتاری و شناختی را به‌وجود می‌آورد، به ارتقای سلامت روان بیماران کمک می‌کند. این تعامل در فضای گروهی درمان که بیماران اشتراک‌هایی در علائم و وضعیت بیماری داشته، اثربخش‌تر می‌شود. تکلیف‌های متمرکز بر شناخت احساس‌ها، افکار و رفتارها، جداکردن هویت و شخصیت بیمار از خود بیماری، تعمیم‌ندادن مسائل مربوط به بیماری به مسائل دیگر، کاهش اجتناب از دیگران، فعال‌بودن یا حفظ فعالیت‌ها و جلوگیری از خطای طرد پیش‌بینی‌شده از عوامل مهمی هستند که بر سلامت عمومی تأثیر مثبت می‌گذارد. در این مداخله بیماران به ارتباط بین بیماری‌شان با افکار و رفتارها و احساس‌های پیامد آشنا می‌شوند. این آگاهی علاوه‌بر کنارگذاشتن تصورهای ناکارامد قبلی (مؤثر در استرس و افسردگی) رفتارهای درمانی و مراقبت‌های جسمانی بیماران را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۰). از دلایل دیگر مؤثربودن مداخلهٔ مدیریت استرس به‌روش شناختی‌رفتاری می‌توان به استفاده از روش‌های متنوع در این مداخله که هرکدام روی جنبه‌ای از نشانه‌های استرس تأثیر داشته و نیز کاربرد تکلیف‌های منزل در بین جلسات گروهی و ساختار مشاورهٔ گروهی اشاره کرد. روش گروهی مزایای فراوانی دارد که منجربه تسهیل و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

تسریع فرایند درمان می‌شود. ازجمله بسیاری از بیماران به‌نوعی احساس منحصربه‌فردبودن درزمینهٔ مشکلات و افکار خود دارند که این احساس باعث تشدید انزوای اجتماعی آن‌ها می‌شود و انزوای اجتماعی احساس منحصربه‌فردبودن را در آن‌ها تقویت می‌کند. در درمان گروهی به‌سهولت این امکان فراهم می‌شود که تعدادی از بیماران در یک‌مکان جمع شده و با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفت‌وگو بنشینند. ازبین‌رفتن این احساس‌های منفی نه‌تنها سبب آرامش و راحتی بیماران می‌شود، بلکه به توسعهٔ روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی و آرامش بیشترشان نیز منجر می‌شود.

بنابراین باتوجه به اینکه آموزش مدیریت استرس به‌شیوهٔ شناختی‌رفتاری، رویکردی چندوجهی بوده و برای درمان مشکلات جسمانی و روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شده است، مداخله‌ای مؤثر برای کاهش نشانگان استرس و ابعاد آن در بیماران اماس است.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اجرای پژوهش فقط روی زنان مبتلا به اماس عضو انجمن اماس شهر تهران و نبود پیگیری مجدد بعد از دو یا سه ماه به‌دلیل شرکت‌نکردن اعضا اشاره کرد. همچنین استفادهٔ هم‌زمان شرکت‌کنندگان از داروهای شیمیایی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که می‌توانست مداخلات درمانی را تحت‌تأثیر قرار دهد.

پیشنهاد می‌شود محققان در پژوهش‌های آینده از مطالعات طولی برای داشتن زمان کافی جهت پیگیری بلندمدت استفاده کنند. باتوجه به مصرف اغلب بیماران از داروهای شیمیایی همتاسازی شرکت‌کنندگان براساس داروهای مصرفی، برای تأثیر کمتر آن‌ها در مداخلات درمانی می‌تواند مؤثر باشد. همچنین می‌توان این مطالعه را بر نمونهٔ بزرگتری با نسبت مساوی مردان با زنان تکرار و با مطالعهٔ حاضر مقایسه کرد تا نقش جنسیت برای همهٔ نتایج به بحث گذاشته شود. با درنظرگرفتن این مطلب که برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناسی درمقایسه با مداخلات دارویی آسان‌تر و با هزینهٔ کمتر اجرایی هستند، پیشنهاد می‌شود مداخلهٔ به‌کاررفته به‌صورت فراگیر برای افراد درمعرض اماس به‌عنوان درمان مکمل غیردارویی انجام پذیرد. همچنین برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناسی دیگر جهت کاهش نشانگان استرس برای این بیماران اجرا و نتایج با یکدیگر مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد مدیریت شناختی‌رفتاری استرس بر کاهش نشانگان استرس و ابعاد آن مؤثر است. بین استرس و فعال‌سازی بیماری اماس رابطه‌ای قوی وجود دارد و به‌نظر می‌رسد کاهش استرس در این بیماری از اهمیت بسزایی برخوردار باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با کم‌شدن تأثیر رویدادهای استرس‌آور از تشدید بیماری پیشگیری کرد. مداخلهٔ به‌کاررفته در این پژوهش به افراد مبتلا به اماس کمک می‌کند که موقعیت‌های استرس‌آور را شناسایی کنند. سپس آن‌ها را با راهبردهای مؤثر مقابله با این موقعیت‌ها مجهز سازند. به این ترتیب می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای سودمند برای کاهش نشانگان استرس کاربرد داشته باشد و در مراکز آموزشی و بهداشتی مفید واقع شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی بیمارانی که باوجود مشکلات این بیماری، صادقانه در طول پژوهش همکاری کردند و نیز از حمایت‌های انجمن اماس سپاسگزاری می‌شود. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، پروپوزال مصوب در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه در تاریخ ۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۶ است. همچنین تضاد منافعی میان نویسندگان وجود ندارد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]

References

1. Scherder R, Kant N, Wolf E, Pijnenburg ACM, Scherder E. Pain and cognition in multiple sclerosis. Pain Med. 2017;18(10):1987-98. doi:10.1093/pm/pnw290
2. Sadovnick AD. European Charcot foundation lecture: the natural history of multiple sclerosis and gender. J Neurol Sci. 2009;286(1-2)1-5. doi:10.1016/j.jns.2009.09.005
3. Ghazavi Z, Rahimi E, Yazdani Y, Afshar H. Effect of cognitive behavioral stress management program on psychosomatic patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res. 2016;21(5):510-15. doi:10.4103/1735-9066.193415
4. Olival GS, Lima BM, Sumita LM, Serafim V, Fink MC, Nali LH, et al. Multiple sclerosis and herpesvirus interaction. Arq Neuropsiquiatr. 2013; 71(9B):727-30. doi:10.1590/0004-282X20130160
5. Buljevac D, Hop WCJ, Reedeker W, Jansses ACJW, Van der Meche FGA, Van Doorn PA, et al. Self-reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: Prospective study. BMJ. 2003;327(1):1-5. doi:10.1136/bmj.327.7416.646
6. Riise T, Mohr DC, Munger KL, Rich-Edwards JW, Kawachi I, Ascherio A. Stress and the risk of multiple sclerosis. Neurology. 2011;76(22):1866-71. doi:10.1212/WNL.0b013e31821d74c5
7. Ackerman KD, Heyman R, Rabin BS, Anderson BP, Houck PR, Frank E, et al. Stressful life events precede exacerbations of multiple sclerosis. Psychosom Med. 2002;64(6):916-20.
8. Gold SM, Mohr DC, Huitinga I, Flachencker P, Sterenberg EM, Heesen C. The role of Stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. 2005;26(12):644-52. doi:10.1016/j.it.2005.09.010
9. Ossanlou Z, Pour Mohammad Rezaye Tajrishi M, Sorouri M H. The Effect of Emotional Intelligence Management Training on Stress Syndrome in Mothers of Children with Intellectual Disabilities. Jounal of Exceptional Children. 2011;11(2):151-62. [Persian] http://joec.ir/article-1-244-en.html
10. Malcomson KS, Dunwoody L, Lowe-strong AS. Psychological intervention in people with multiple sclerosis. J Neurol. 2007;254(1):1-13. doi:10.1007/s00415-006-0349-y
11. Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Thompson Coon J, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Psychosom Res. 2014;76(5):341-51. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.02.012
12. Shahkarami M, Zahrakar K, MoradiZadeh S, Davarniya R, Shakarami M. Effectiveness of group-based stress management cognitive-behavioral therapy on improving quality of life among the wives of addicts undergoing treatment with methadone. Journal of Health Research in Community. 2015;1(2):12-21. [Persian] http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-66-en.html
13. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management (treatments that work). Neshatdoost HR, Jokar S, Ale-Mohammad SJ. (Persian translators). First edition. Isfahan, Iran: Academic Center for Education, Culture and Research; 2009, pp:33-230. [Persian]
14. Urech C, Scherer S, Emmenegger M, Gaab J, Tschudin S, Hoesli I, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral stress management training in women with idiopathic preterm labor: A randomized controlled intervention study. J Psychosom Res. 2017;103:140-6. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.10.014
15. McGregor BA, Dolan ED, Murphy KM, Sannes TS, Highland KB, Albano DL, et al. Cognitive behavioral stress management for healthy women at risk for breast cancer: a novel application of a proven intervention. Ann Behav Med. 2015;49(6):873-84. doi:10.1007/s12160-015-9726-z
16. Hamid N. The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women. Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(1):55-60. [Persian]
17. Seyyed Khorasani Sadaghiani N. The role of hardiness in decreasing the stressors and biological, cognitive and mental reactions. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:2427-30. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.474
18. Hosseini A, Zahrakar K, Davarnia R, Shahkarami M. Prediction of vulnerability to stress based on social support, resiliency, coping strategies and personality traits among university students. Journal of Research of Cognitive and Behavioral Sciences. 2016;6(2-11):27-42. [Persian] doi:10.22108/CBS.2016.20992
19. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive-behavioral therapy: a practical guide for treatment of mental disorders. Ghasemzadeh H. (Persian translator). First edition. Tehran, Iran: Arjomand; 2006, pp:33-51. [Persian]
20. Padasky C. Cognitive Therapy of Personality Disorders. Ghasmzadeh H. (Persian translator). First edition. [Tehran]: Arjmand; 2010, pp.86-90.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.67.9]