Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
No 65, Volume 17, Issue 1

Check for updates

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy on Death Anxiety and Body Image of Multiple Sclerosis Patients

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

[1] Department of Health Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
[2] Associate Professor of Health Psychology, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Sadjad University, Mashhad, Iran

***Corresponding author:** Hasan Rezaei Jamaloui, Clinical Research Development Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. Email: h.rezayi2@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.17.1.46

How to Cite this Article:
Aber P, Rezaei Jamaloui H, Taheri M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy on Death Anxiety and Body Image of Multiple Sclerosis Patients. J North Khorasan Univ Med Sci. 2024;17(1): 46-55. DOI: 10.32592/nkums.17.1.46

Received: 02 June 2024
Accepted: 07 December 2024

Keywords:
Body image
Cognitive-behavioral therapy
Death anxiety
Narrative therapy

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is one of the common and debilitating diseases of the central nervous system, during which a disorder occurs in the covering of neurons [myelin]. Approximately two million people worldwide are suffering from this disease. Therefore, the present study was conducted to compare the effectiveness of cognitive-behavioral and narrative therapies on death anxiety and body image of MS patients.

Method: This study was conducted using a semi-experimental method of pre-test-post-test and follow-up on 45 patients with MS using a targeted sampling method and with records from the empowerment charity in 2023 in Tehran. The experimental group received one cognitive-behavioral therapy, and the experimental group received two narrative therapies weekly for 60 minutes, while the control group did not receive therapy. Research tools included the Death Anxiety and Body Image Questionnaire. Data analysis was conducted using statistical analysis of covariance (ANCOVA) and analysis of variance (ANOVA) with repeated measurements.

Results: The results indicated that cognitive-behavioral and narrative therapies effectively reduced death anxiety (effect size of 0.622) and improved body image (effect size of 0.701) in MS patients at a significance level of 0.001. According to the Bonferroni test, there was no significant difference between the effectiveness of narrative and cognitive-behavioral therapies ($P<0.01$).

Conclusion: It seems that cognitive-behavioral and narrative therapies can be employed as complementary treatments along with other treatment methods for MS patients.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

Copyright *© 2025 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 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 others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۷، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان شناختی – رفتاری و روایت درمانی بر اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس

پرند عابر[۱]، حسن رضایی جمالوئی[۲*]، مهدی طاهری[۳]

[۱] گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
[۲] دانشیار روان شناسی سلامت، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
[۳] استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سجاد،مشهد، ایران

*نویسنده مسئول: حسن رضایی جمالوئی، مرکز توسعه پژوهش های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: h.rezayi2@yahoo.com

DOI: 10.32592/nkums.17.1.46

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

واژگان کلیدی:
درمان شناختی - رفتاری،
روایت‌درمانی،
اضطراب مرگ،
تصویر بدنی

چکیده

مقدمه: بیماری ام اس از بیماری‌های شایع و ناتوان‌کننده سلسله اعصاب مرکزی است که طی آندرپوشش‌نورون [میلین] اختلال ایجاد می‌شود. حدود دو میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به روش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری بر روی ۴۵ بیمار مبتلا به ام اس با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و دارای پرونده در خیریه توانمندسازی در سال ۱۴۰۲ شهر تهران انجام شده است. گروه آزمایش یک، درمان شناختی - رفتاری و گروه آزمایش دو، روایت‌درمانی به طور هفتگی به مدت ۶۰ دقیقه را دریافت کرده‌اند و گروه گواه‌درمانی دریافت نکرده است. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه اضطراب مرگ و تصویر بدنی بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل آماری کوواریانس و واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داده است که هر دو درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ (اندازه اثر ۰/۶۲۲) و تصویر بدنی (اندازه اثر ۰/۷۰۱) بیماران ام اس در سطح معناداری ۰/۰۰۱ اثربخش بوده‌اند و بر طبق آزمون بونفرونی بین میزان اثربخشی روایت‌درمانی با درمان شناختی - رفتاری تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P > ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که از درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی می‌توان به عنوان درمان‌های مکمل در کنار روش‌های درمانی دیگر برای بیماران ام اس استفاده کرد.

مقدمه

بیماری ام اس یک بیماری خودایمنی مزمن است که سیستم عصبی مرکزی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و با ناتوانی قابل توجهی همراه است [۱]. براساس محل آسیب‌های التهابی، افراد مبتلا به ام اس با علائم متعددی مانند نقص‌های شناختی و عملکرد نامناسب حسی و حرکتی مواجه می‌شوند [۲]. بیماری ام اس با تخریب میلین در سیستم عصبی مرکزی مشخص می‌شود. علائم ام اس شامل خستگی، تعادل ضعیف، درد، ضعف عضلانی و اسپاسم است [۳]. حدود ۳۰ درصد از افراد مبتلا به ام اس از افسردگی و حداقل ۷۵ درصد از خستگی شدید رنج می‌برند. از سوی دیگر، نقایص شناختی نیز در ۴۰ تا ۶۰ درصد موارد رخ می‌دهد [۴]. این بیماری در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال و متوسط سنی ۳۰ سال شروع می‌شود و اغلب افراد در این سن مسئولیت‌های زندگی و فعالیت‌های شخصی زیادی بر عهده دارند [۵]. به دلیل ضایعاتی که این بیماری بر جای می‌گذارد، بعد از تروما دومین عامل شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی به شمار می‌رود و علائم آن می‌تواند از یک بیماری خوش‌خیم تا یک بیماری پیش‌رونده و با سرعت رشد بالا در نوسان باشد [۶]. در حال حاضر، تقریبا ۲/۵ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند [۷]. در تهران، شیوع ام اس در سال ۱۳۹۹، ۱۶۷/۵۴ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده که از این تعداد ۲۵۲/۶۵ مورد در زنان و ۸۳/۱۵ مورد در مردان بوده است و روز به روز افزایش پیدا می‌کند [۸].

این بیماری با توجه به اینکه بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی تشخیص داده می‌شود، اغلب بر عملکرد فیزیکی، شناختی، شغلی و کیفیت زندگی بیماران تاثیرات منفی می‌گذارد [۹]؛ چراکه اضطراب مرگ بالا [۱۰]، تاب‌آوری کم [۱۱] و کاهش سطح امیدواری و شادکامی [۱۲] و تصویر بدنی نامطلوب از خود [۱۳]؛ از شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به ام اس است که این علائم تاثیر منفی و مخرب قابل توجهی بر کیفیت

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

زندگی این افراد دارد، عملکردهای آن‌ها را محدود و هزینه‌های سنگینی را به آن‌ها و اعضای خانواده‌شان تحمیل می‌کند [۱۴]. مواجهه با مرگ و اضطراب برآمده از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت روانی افراد به شمار می‌رود [۱۰]. بر طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا، اضطراب مرگ عبارت است از«نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگام فکر کردن درباره فرایند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد» [۱۵]. از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ‌کس آن را به وضوح لمس نکرده است، همه به نوعی درباره آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌هایی مانند سرطان و ام اس شاید به مراتب بیشتر از سایر افراد جامعه باشد و بر کیفیت و سلامت روان آن‌ها تاثیر سوئی دارد [۱۶]. هنگامی که افراد با مرگ به عنوان پیامد بیماری مواجه می‌شوند پنج مرحله متمایز اما پیشرفته از استراتژی‌های مقابله روانی غم‌انگیز یا اضطراب را تجربه می‌کنند که عبارت‌اند از: انکار، خشم، چانه‌زنی، افسردگی و سپس پذیرش مرگ. اینکه مکانیزم دفاعی شبیه انکار چگونه در این مرحله موثر است، ناشناخته است. بسیاری از محققان این مسئله را پذیرفته‌اند که چنین مکانیزم‌هایی نقش مهمی در قابل‌تحمل‌تر کردن موقعیت‌ها بازی می‌کنند. تبدیل اضطراب مرگ به یک اضطراب موقعیتی ادراک از فناپذیری را محدود می‌کند و بنابراین به عنوان یک استراتژی مقابله در نظر گرفته می‌شود [۱۷]. شکست در این استراتژی مقابله‌ای ممکن است به عنوان یک کاتالیزور برای شکل‌گیری اختلالات روانی مانند افسردگی به عنوان ابعاد پاتولوژیک اضطراب مرگ در نظر گرفته شود که با سایر اختلالات روانی از جمله اختلالات اضطرابی همراه است. مطالعات اندکی که درباره اضطراب بیماران ام اس انجام شده است، نشان می‌دهد که اضطراب به طور کلی و اضطراب مرگ به طور خاص بیشتر در مراحل اولیه بیماری و مرحله تشخیص بیماری و به میزان کمتر در طول سیر بیماری که از طریق نقص‌های بدنی پیش‌رونده مشخص می‌شود، اتفاق می‌افتد [۱۷].

تصویر بدنی یا تصویر ذهنی فرد از خود، تحت تاثیر احساسات، نگرش‌ها، تمایلات، رفتارها، ادراک خودآگاه و ناخودآگاه راجع به بدن، احساس ارزش و نقش‌های فردی است [۱۸]. تصویر بدنی در افراد مبتلا به ناتوانی جسمی یک درک روان‌شناختی تعبیر می‌شود که با استفاده از فاکتورهای اجتماعی ناتوانی قابل تفسیر است؛ چراکه واکنش‌های دریافت‌شده از محیط و اجتماع بر این ارزش‌گذاری موثر خواهند بود که این خود نیز می‌تواند زمینه‌ساز اختلال در وضعیت عاطفی شود؛ چراکه نگرش‌های اجتماعی در ارتباط با ناتوانی‌های جسمی بسیار ناخوشایند است [۱۹]. تاثیر ناتوانی جسمی بر تصویر بدنی مسئله مهمی است که در بیماری‌های مزمنی مانند ام اس به آن توجه کمی شده است [۲۰]. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به ام اس در صورتی که پنداشت مثبتی از بدن خود داشته باشند، با بیماری و با تغییر جسمی جدید سازگاری بهتری پیدا می‌کنند و برعکس؛ در صورتی که حس اطمینان نداشتن از هویت جدید به وجود آید، عزت نفس کاهش می‌یابد [۲۱]. این بیماری به شدت می‌تواند تصویر بدنی و احساس جذابیت را در بیماران تحت تاثیر قرار دهد؛ زیرا زمانی که بیماران نمی‌توانند با تغییرات خود مواجه شوند و آن را با بدن مطلوب قبلی خود تطابق دهند، ارزیابی‌شان از کل بدن نیز دچار تغییر خواهد شد [۲۰].

از آنجایی که در بیماری‌های مزمن درمان قطعی و کامل نشانه‌های بیماری دور از دسترس است، تلاش می‌شود که عوامل قابل تعدیل موثر بر ناتوانی فرد شناسایی شود تا با پیشگیری، درمان و بازتوانی به‌موقع آن‌ها به ارتقای کیفیت زندگی فرد و در نهایت کاهش اضطراب مرگ و بهبود تصویر بدنی آن‌ها کمک شود. پژوهش‌های متعددی اثربخش بودن درمان‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۲] و درمان متمرکز بر شفقت [۲۳] را بر کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی بیماران ام اس و دیگر بیماری‌های مزمن گزارش داده‌اند. درمان شناختی - رفتاری به طور معمول به عنوان درمان کوتاه‌مدت و متمرکز بر مهارت یا هدف اصلاح کردن پاسخ‌های هیجانی ناسازگار به کمک تغییر افکار، رفتار یا هر دو در نظر گرفته شده است [۲۴]. این درمان بر این اساس استوار است که شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها به نحو چشم‌گیری بر یکدیگر تاثیر دارند. درمان شناختی - رفتاری به شکل گروهی در مقایسه با درمان انفرادی از نظر زمان و هزینه مقرون‌به‌صرفه است [۲۴]. تاثیرات بیماری‌های حاد و مزمن در افراد کاملا متفاوت هستند و واکنش روانی بیماران به ندرت با شدت بیماری ارتباط دارد. همچنین متغیرهای روان‌شناختی در شناخت نحوه پاسخ بیماران به چالش‌های مربوط به مشکلات مزمن پزشکی بسیار مهم است؛ به همین دلیل درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به بیماران کمک کند تا تاثیر بیماری‌شان را به حداقل برسانند [۲۵]. پژوهش‌های زیادی، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در مبتلایان به ام اس از جمله خانعلی‌لو و لطفی کاشانی [۲۶]، مقصودلو، ثناگو و شیرازی [۲۷]، گی و همکاران [۲۸] و زاروتی و همکاران [۲۹] تایید کرده‌اند.

یکی دیگر از درمان‌ها برای ارتقای وضعیت روان‌شناختی بیماران ام اس، روایت‌درمانی است که مبتنی بر گزارش وقایع و روایت داستانی از زندگی فردی است. هر فردی تمایل دارد تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتهایی دارد، روایت کند و به احساسات و کلیت زندگی‌اش آگاه شود [۳۰]. در واقع، روایت‌درمانی یک رویکرد مشاوره‌ای مبتنی بر همکاری و غیر آسیب شناختی است که مردم را کارشناس زندگی خود تلقی می‌کند. هدف از مداخلات روایت‌درمانی آن است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل توان‌فرسا و دشوار را برونی کنند. در این رویکرد مراجع و درمانگر، در واقع ویراستاران زندگی‌نامه شخصی مراجع هستند و درمان، ویراستاری زندگی‌نامه شخصی است؛ بنابراین، نقش فعالی را برای مراجع در درمان فراهم می‌کند. فرد در این روش یاد می‌گیرد مسئولیتش را در تسکین و بهبود مسائل روانی خود به عهده بگیرد [۳۱]. در واقع روایت‌درمانی، یک روش کوتاه‌مدت مبتنی بر شواهد است که درمان با هدف کاهش عواقب مواجهه با انواع ترومای انباشته، تکراری و چندگانه، بیشتر در میان قربانیان جنگ و بیماری‌های مزمن است [۳۲]. پژوهش‌های زیادی نشان‌دهنده کاربرد و اثربخشی روایت‌درمانی است؛ از جمله این پژوهش‌ها بنی‌صفر و همکاران [۳۳]؛ زولفعلی پورملکی و همکاران [۳۴]؛ و همچنین جانگ و همکاران [۳۵]؛ لیو - ویسل و همکاران [۳۶]، هستند.

امروزه تدوین درمان‌های موثر و کارآمد برای رفع پیامدهای ناخوشایند بیماری ام اس و تقویت توانایی‌های مبتلایان به بیماری ام اس، برای مقابله با این نوع بیماری، هدف بسیاری از پژوهش‌ها است. به دلیل شیوع زیاد بیماری ام اس در یک دهه اخیر که بیشتر برآمده از سبک زندگی و فشارهای محیطی است؛ همچنین به این دلیل که بیماری ام

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

اس یکی از عوامل مهم در مرگ و میر و درماندگی تا قبل از شیوع کرونا، به شمار می‌رفت؛ افزون بر آن، با توجه به ویژگی‌های خاص شناختی مبتلایان به ام اس که آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر بیماری‌های دیگر از جمله افسردگی و اضطراب به علت ناامیدی و اضطراب مرگ و همچنین فرسایشی بودن روند طولانی درمان دو برابر می‌کند، به طوری که حمایت‌های اجتماعی و معنوی، روان‌شناختی و آموزش مهارت‌های زندگی، علاوه بر درمان‌های دارویی برای این بیماران بیش از پیش ضرورت دارد؛ همچنین به این دلیل که توجه به مطالعات صورت‌گرفته، انجام پژوهش مقایسه‌ای برای سنجش تفاوت‌های موجود در روش‌های مختلف درمانی در جهت بهبود اضطراب مرگ و تصویر بدنی و به تبع آن‌ها کیفیت زندگی می‌تواند به این امر کمک شایانی کند، درمان‌های شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی، می‌تواند متخصصان را در انتخاب راهبرد مناسب برای برخورد با این مشکلات یاری کند؛ افزون بر آن، مقایسه دو درمان که رویکرد اول، درمان شناختی - رفتاری است و دوم روایت‌درمانی که جزو درمان‌های پسامدرن است، می‌تواند به روشن شدن این ابهام کمک کند؛ بنابراین، با توجه به نادیده گرفتن نقش مداخلات روان‌شناختی در بهبود بیماری ام اس، پژوهش‌های بیشتر و کاربردی‌تر همراه با تاکید بر بررسی نقش اضطراب مرگ و تصویر بدنی بر کنترل و بهبود عوارض بیماران مبتلا به ام اس و درمان آن ضرورت دارد. پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سوال است که آیا میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران مبتلا به ام اس متفاوت است یا خیر.

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و یک مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بوده است. جامعه آماری شامل تمامی بیماران ام اس دارای پرونده در خیریه توانمندسازی بیماران ام اس شهر تهران بوده است. نمونه پژوهش شامل ۴۵ بیمار ام اس بوده که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر) و گروه آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارده شده‌اند.

روند اجرای پژوهش به این صورت بوده است که با مراجعه به خیریه توانمندسازی بیماران ام اس تهران و هماهنگی با مدیریت، بر اساس معیارهای ورودی با روش نمونه‌گیری هدفمند، ۴۵ بیمار ام اس انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفته‌اند. در مرحله پیش‌آزمون، در حضور پژوهشگر و کمک‌پژوهشگر بیماران مبتلا به ام اس، پرسش‌نامه‌های اضطراب مرگ و نگرانی از تصویر بدنی را در سه گروه آزمایش ۱ و ۲ و گروه کنترل تکمیل کرده‌اند. سپس برای گروه آزمایش ۱، به صورت هفتگی متناسب با وضعیت بیماران جلسات درمان شناختی - رفتاری (۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) که حدود ۵ ماه (۲۰ هفته) طول کشید و برای گروه آزمایش ۲، به صورت هفتگی متناسب با وضعیت بیماران جلسات روایت‌درمانی (۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) برگزار شده که حدود ۶ ماه (۲۴ هفته) طول کشیده است. اما گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. در مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون) و دو ماه پس از مداخله (پیگیری)، دوباره بیماران مبتلا به ام اس در سه گروه، پرسش‌نامه‌های اضطراب مرگ و نگرانی از تصویر بدنی را در حضور پژوهشگر و کمک‌پژوهشگر، تکمیل کرده‌اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص متوسط سن بیماری ام اس توسط فوق تخصص مغز و اعصاب بین ۲۰ تا ۳۰ سال، قرار گرفتن بیمار در نوع ام اس عودکننده، فروکش‌یابنده، دارای سابقه بیماری بیش از ۶ ماه، نداشتن سابقه بستری شدن طولانی‌مدت (بیش از ۶ ماه)، نبود آسیب روان‌شناختی حاد مانند افسردگی شدید با توجه به تاریخچه پرونده پزشکی بیماران، موافقت آگاهانه بیماران و تمایل آنان به شرکت در فرایند پژوهش، توانایی پاسخگویی به سوال‌ها در حد سواد درک متون و سوال‌های فرم‌ها، دریافت نکردن هرگونه درمان روان‌شناختی برای گروه کنترل و گروه‌های آزمایش؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل همکاری نکردن با پژوهشگر که شامل پیگیری نکردن منظم جلسات (حضور نامنظم در جلسات درمان / غیبت بیش از سه جلسه) و انجام ندادن تکالیف شیوه‌نامه درمان، تشخیص بیماری زیر ۲۰ سالگی، داشتن بستری‌های طولانی‌مدت (بیش از ۶ ماه)، تشدید وضعیت بیماری بر اثر مداخلات درمانی به گونه‌ای که فرد دچار آسیب روان‌شناختی شود، بروز حادثه خاص مانند بیماری مزمن جسمی دیگر، سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند یا اطلاع محقق از مصرف داروهایی که باعث سوگیری در پاسخ به سوالات داوطلبان می‌شوند (در طول پاسخ‌گویی و تکمیل فرم‌ها) و اطلاع از وجود درد مزمن دیگری به غیر از موارد تعیین‌شده در داوطلبان حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها بوده است. این پژوهش برخی اصول اخلاقی را از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضای نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد رعایت کرده است. افزون بر این، پژوهش گواهی اخلاق، از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد را به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1402.186 دریافت کرده است. سپس برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی [میانگین، انحراف استاندارد] و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار $SPSS_{v23}$ استفاده شده است. ابزارهای پژوهش در ادامه معرفی شده‌اند.

پرسش‌نامه اضطراب مرگ (Death Anxiety Questionnaire):

این پرسش‌نامه را تمپلر (۱۹۷۰) تهیه کرده است. این مقیاس ۱۵ سوال دارد. شرکت‌کنندگان پاسخ‌های خود را به هر سوال با گزینه‌های بلی یا خیر مشخص می‌کنند و پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب مرگ در فرد است. نمرات در دامنه‌ای بین صفر تا ۱۵ قرار می‌گیرد و هرچه نمره فرد بیشتر باشد، نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ بیشتر در او است. تمپلر (۱۹۷۰)، روایی این مقیاس را از طریق هم‌بسته کردن آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و مقیاس افسردگی ۰/۴۰، گزارش کرده و ضریب پایایی این مقیاس را از طریق بازآزمایی ۰/۸۳ گزارش کرده است [۳۷]. در ایران این پرسش‌نامه را مهدی‌فر و همکاران [۳۷] هنجاریابی کرده‌اند. جهت سنجش ضریب پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند و ضریب ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده ضریب پایایی قابل قبول این مقیاس است [۳۷]. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

مقیاس ۰/۷۹ به دست آمده است.

پرسش‌نامه نگرانی از تصویر بدنی [Body image concern questionnaire]: این پرسش‌نامه ۱۹ سوالی را لیتلتون، اکسوم و پری (۲۰۰۵) ساخته‌اند که به بررسی نارضایتی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. این پرسش‌نامه روی مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملا مخالفم؛ ۲ = مخالفم؛ ۳ = نظری ندارم؛ ۴ = موافقم و ۵ = کاملا موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمرات آزمودنی از جمع نمرات مولفه‌ها به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره این پرسش‌نامه به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارضایتی بیشتر از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. این پرسش‌نامه شامل ۲ خرده‌مقیاس نگرانی درباره بدشکلی ظاهر و تداخل نگرانی درباره ظاهر در عملکرد اجتماعی طراحی شده است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵)، پایایی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را به ترتیب ۰/۹۲ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند [۳۸]. این پرسش‌نامه را محمدی و سجادی‌نژاد [۳۸]، در ایران هنجاریابی کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۴ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴ به دست آورده‌اند [۳۹]. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ به دست آمده است.

شیوه‌نامه درمان شناختی - رفتاری: این درمان را روتگرینگ و همکاران [۳۹] طراحی کرده‌اند. برنامه به صورت گروهی ارائه شده است. روش ارائه با توجه به شدت و نوع مشکل افراد شامل ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بوده و محتوای هر جلسه در ادامه آمده است: جلسه اول مربوط به معارفه درمانگر و اعضای گروه است. درمانگر مفاهیم درمان شناختی - رفتاری، اصل رازداری و نیز اهداف و قوانین گروه را برای اعضا شرح می‌دهد؛ در جلسه دوم درمانگر درباره رابطه افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن‌ها برای اعضای گروه صحبت می‌کند و در ادامه نیز به بیان خطای شناختی می‌پردازد و اعضای گروه با انجام تمرین‌های عملی با کاربرگ آن را به خوبی فرا می‌گیرند؛ در جلسه سوم درمانگر مفهوم بازسازی افکار را برای اعضای گروه شرح می‌دهد که شامل چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح‌شده) هستند، اعضای گروه با استفاده از «کاربرگ بازسازی افکار» این مفهوم را به خوبی فرا می‌گیرند؛ جلسه چهارم درباره بررسی زنجیره علت، پاسخ و پیامد است و مفاهیمی مانند روش‌های ایجاد رفتارهای تازه و روش زنجیره‌سازی رفتار آموزش داده می‌شود؛ همچنین درمانگر راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب را برای اعضای گروه شرح می‌دهد؛ در جلسه پنجم درمانگر مفهوم جرئت‌ورزی را برای اعضای گروه شرح می‌دهد، انواع رفتارهای جرئتمندانه را آموزش می‌دهد و اعضای گروه با انجام تمرین‌های عملی می‌کوشند این مهارت را به خوبی فرا بگیرند؛ در جلسه ششم درمانگر به بیان سه مفهوم تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق می‌پردازد و راهکارهایی برای بالا بردن خلق به اعضا می‌دهد؛ در جلسه هفتم استرس، انواع استرسورها و مدیریت استرس برای اعضای گروه شرح داده می‌شود و همچنین راهکارهایی برای حل مسئله آموزش داده می‌شود. برای کار عملی، تکنیک آرامش عضلانی به اعضا آموزش داده می‌شود؛ در جلسه هشتم مفهوم عزت نفس و هرآنچه باعث کاهش و نیز باعث بالا بردن آن می‌شود، به اعضای گروه آموزش داده می‌شود و اعضای گروه برای کار عملی، کاربرگ خودانگار را انجام می‌دهند؛ در جلسه پایانی درمانگر پیشرفت اعضای گروه را ارزیابی می‌کند و درباره ضرورت ادامه دادن تمرین‌ها جهت پیشگیری از عود مشکلات برای آن‌ها صحبت می‌کند.

شیوه‌نامه روایت‌درمانی: این درمان را چن و همکاران [۴۰] طراحی کرده‌اند. برنامه به صورت گروهی ارائه شده است. روش ارائه با توجه به شدت و نوع مشکل افراد شامل ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بوده و محتوای هر جلسه عبارت بوده است از: جلسه اول: معارفه، ارائه برنامه زمان‌بندی‌شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت‌ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی و شرح داستان‌های مشکل‌دار؛ جلسه دوم: عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی؛ جلسه سوم: ادامه استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی؛ جلسه چهارم: فاز تخریب شامل ساختارشکنی از مشکل با استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛ جلسات پنجم و ششم: فاز بازسازی شامل استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی؛ جلسه هفتم: غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادهی آن به آینده؛ جلسه هشتم: فاز تثبیت که عبارت است از زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سوالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛ ۹- جلسه نهم: بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول (۱) ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول (۲)، براساس آزمون خی دو و آزمون واریانس بین تعداد افراد نمونه از لحاظ تحصیلات، جنسیت، سن و سابقه بیماری در سه گروه تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P > ۰/۰۵$). همچنین میانگین و انحراف‌معیار اضطراب مرگ و تصویر بدنی قبل مداخله، بعد از مداخله و پیگیری در جدول (۲) ارائه شده است.

بر طبق نتایج جدول (۳)، بررسی پیش‌فرض‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، اضطراب مرگ و تصویر بدنی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس بوده‌اند. همچنین، آزمون ماکلی معنادار بوده که بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اپسیلون به آماره گرین‌هاوس - گیزر در تحلیل نهایی استفاده شده است.

مطابق با جدول (۴)، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داده است که در بخش اثر درون‌گروهی و بین گروهی، اضطراب مرگ و تصویر بدنی از نظر زمانی، عامل گروه و تعامل زمان با گروه تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۱$) وجود دارد.

در جدول (۵)، آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داده است که بین میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ و تصویر بدنی تفاوتی وجود ندارد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر		شناختی - رفتاری	روایت‌درمانی	کنترل	آزمون خی دو	
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	آماره	معناداری
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۶ (۴۰)	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۰/۸۵۳	۰/۹۳۱
	کارشناسی	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)		
جنسیت	زن	۱۱ (۷۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	۱۲ (۸۰)	۲/۶۹۶	۰/۲۶۰
	مرد	۴ (۲۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	۳ (۲۰)		
متغیر		شناختی - رفتاری میانگین (انحراف‌معیار)	روایت‌درمانی میانگین (انحراف‌معیار)	کنترل میانگین (انحراف‌معیار)	آزمون واریانس آماره	معناداری
سن		۴۲/۳۳ (۲/۳۳)	۵۰/۲۰ (۳/۱۲)	۴۶/۵۳ (۲/۰۳)	۲/۱۰۵	۰/۱۳۵
سابقه بیماری		۱۲/۴ (۳/۲۸)	۱۵/۲۶ (۲/۴۹)	۱۵ (۲/۶۶)	۱/۷۰۲	۰/۱۹۵

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
اضطراب مرگ	شناختی - رفتاری	۱۲/۴۶۶ (۱/۵۳)	۴/۹۲۰ (۱/۸۸)	۶/۹۳۱ (۲/۱۲)
	روایت‌درمانی	۱۳/۸۰۱ (۲/۳۶)	۵/۰۰۰ (۱/۷۵)	۸/۳۴۱ (۱/۷۵)
	گواه	۱۳/۲۰۰ (۲/۰۱)	۱۲/۱۳۳ (۱/۸۸)	۱۱/۹۳۴ (۲/۱۸)
تصویر بدنی	شناختی - رفتاری	۳۴/۸۷۰ (۱۰/۳۳)	۲۱/۶۶۱ (۱۱/۶۵)	۲۲/۲۰۱ (۱۲/۲۹)
	روایت‌درمانی	۳۵/۰۰۰ (۱/۸۱)	۲۰/۷۴۲ (۲/۳۱)	۲۲/۱۵۰ (۲/۲۶)
	گواه	۳۳/۸۰۰ (۸/۳۷)	۳۱/۶۸۰ (۷/۳۹)	۳۰/۵۲۰ (۶/۶۴)

جدول ۳. شاخص‌های رعایت پیش‌فرض‌ها

آزمون شاپیرو - ویلک (توزیع نرمال نمرات)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
اضطراب مرگ	شناختی - رفتاری	۰/۱۱۵	۰/۲۰۰	۰/۱۶۳	۰/۲۰۰	۰/۱۹۳	۰/۱۳۶
	روایت‌درمانی	۰/۲۲۰	۰/۰۵۹	۰/۲۲۷	۰/۱۹۱	۰/۲۵۸	۰/۱۸۵
	کنترل	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰	۰/۱۰۹	۰/۲۰۰	۰/۱۳۸	۰/۲۰۰
تصویر بدنی	شناختی - رفتاری	۰/۲۰۷	۰/۰۸۲	۰/۲۱۲	۰/۰۶۸	۰/۲۲۱	۰/۰۵۷
	روایت‌درمانی	۰/۱۷۷	۰/۲۰۰	۰/۲۰۳	۰/۲۰۷	۰/۲۴۸	۰/۱۷۶
	کنترل	۰/۱۶۷	۰/۲۰۰	۰/۲۰۵	۰/۲۴۵	۰/۲۴۹	۰/۱۵۶

آزمون لوین (برابری واریانس‌ها)

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	F	معناداری	F	معناداری	F	معناداری
اضطراب مرگ	۰/۶۰۵	۰/۵۵۱	۰/۵۸۷	۰/۵۶۱	۰/۵۶۷	۰/۵۳۴
تصویر بدنی	۲/۴۱۴	۰/۱۰۲	۲/۵۸۹	۰/۰۸۷	۱/۳۶۵	۰/۲۳۵

آزمون ماچلی

متغیر	آماره	خی دو	درجه آزادی	معناداری
اضطراب مرگ	۰/۷۰۷	۱۴/۱۹۰	۲	۰/۰۰۱
تصویر بدنی	۰/۷۷۵	۱۰/۴۵۷	۲	۰/۰۰۵

جدول ۴. نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر		مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب مرگ	درون‌گروهی	زمان	۸۰۴/۱۹۳	۱/۶۳۲	۴۹۲/۶۱۷	۵۲/۴۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
		تعامل زمان × گروه	۲۶۲/۰۷۴	۳/۲۶۵	۸۰/۲۶۸	۸/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۹۹۵
	بین گروهی	گروه	۴۴۷/۷۴۸	۲	۲۲۳/۸۷۴	۳۴/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲	۱/۰۰۰
تصویر بدنی	درون گروهی	زمان	۳۰۳۶/۶۳۷	۱/۵۲۲	۱۹۹۵/۳۲۷	۳۳/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۰/۹۹۹
		تعامل زمان × گروه	۶۹۸/۴۳۰	۳/۰۴۴	۲۲۹/۴۶۴	۷/۸۱۳	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴	۰/۹۸۱
	بین گروهی	گروه	۵۵۴/۵۰۴	۲	۳۷۷/۲۵۲	۳۶/۰۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱	۱/۰۰۰

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه		تفاوت میانگین	معناداری
اضطراب مرگ	پس‌آزمون	روایت‌درمانی	گواه	-۷/۱۳۳	۰/۰۰۱
		شناختی - رفتاری		-۷/۲۳۳	۰/۰۰۱
		روایت‌درمانی	شناختی - رفتاری	۰/۱	۰/۸۰۹
	پیگیری	روایت‌درمانی	گواه	-۳/۵۹۳	۰/۰۴
		شناختی - رفتاری		-۵/۰۰۳	۰/۰۲۱
		روایت‌درمانی	شناختی - رفتاری	۱/۴۱	۰/۰۷۴
تصویر بدنی	پس آزمون	روایت‌درمانی	گواه	-۱۰/۹۳۸	۰/۰۰۱
		شناختی - رفتاری		-۱۰/۰۱۹	۰/۰۰۱
		روایت‌درمانی	شناختی - رفتاری	-۰/۹۱۹	۰/۸۲۱
	پیگیری	روایت‌درمانی	گواه	-۸/۳۷	۰/۰۰۱
		شناختی - رفتاری		-۸/۳۱۹	۰/۰۰۱
		روایت‌درمانی	شناختی - رفتاری	-۰/۰۵۱	۰/۸۹۲

بحث

این مطالعه با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ و تصویر بدنی بیماران ام اس انجام شده است. نتایج این پژوهش نشان داده است که هر دو مداخله باعث بهبود اضطراب مرگ و تصویر بدنی در بیماران ام اس می‌شود و از لحاظ میزان اثربخشی با یکدیگر تفاوت معناداری نداشته‌اند.

برای تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، بر اضطراب مرگ می‌توان گفت تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری با کمک به این بیماران در تغییر الگوهای فکری و رفتاری منفی به آن‌ها امکان می‌دهد که با این ترس‌ها موثرتر مواجه شوند و اضطراب خود را کاهش دهند. یکی از این تکنیک‌های موثر، بازسازی شناختی است که به بیماران کمک می‌کند افکار منفی و ترسناک درباره مرگ را شناسایی و با افکار واقع‌بینانه جایگزین کنند. برای مثال، اگر بیماری فکر کند که مرگ نزدیک و وحشتناک است، درمانگر به او کمک می‌کند تا این فکر را بازبینی کند و به جای آن بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز کند. این تغییر دیدگاه باعث می‌شود بیمار به جای حس ناتوانی، احساس کنترل بیشتری روی زندگی داشته باشد [۲۷]. شناخت خطاهای شناختی یکی دیگر از تکنیک‌های اصلی است که به بیماران کمک می‌کند تحریفات رایج شناختی مانند فاجعه‌سازی یا پیش‌بینی‌های منفی درباره مرگ را شناسایی کنند. برای مثال، بیمار ممکن است فکر کند که مرگ او دردناک و ناگهانی خواهد بود، اما با کمک این تکنیک‌ها یاد می‌گیرد که چنین تصوری اغلب اغراق‌آمیز و غیرواقعی است [۲۶]. با شناسایی و اصلاح این خطاهای شناختی، اضطراب مرگ به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد که همسو با نتایج است. مدیریت استرس از دیگر تکنیک‌های موثر است که به بیماران کمک می‌کند تا عوامل استرس‌زا را شناسایی کرده و استراتژی‌های مقابله‌ای را برای کنترل آن‌ها بیاموزند. برای مثال، تمرین تکنیک‌های تنفس عمیق و آرام‌سازی به بیمار کمک می‌کند تا در مواقعی که اضطراب مرگ بر او غالب می‌شود، با حفظ آرامش و کاهش استرس، بر این اضطراب غلبه کند [۲۸]. ترکیب این تکنیک‌ها در چارچوب درمان شناختی - رفتاری به بیماران اماس کمک می‌کند تا با کاهش افکار منفی و اضطراب‌های مرتبط با مرگ، کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند و احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند که همسو با یافته‌های پژوهش مقصودلو و همکاران [۲۷]، با عنوان «بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در کاهش افکار اضطرابی، افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس و افسردگی در شهر تهران»، گی و همکاران [۲۸]، با عنوان «اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خستگی بیماران ام اس» و همچنین زاروتی و همکاران [۲۹]، با عنوان «اثرات مداخلات شناختی - رفتاری بر بیماران ام اس» است.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر تصویر بدنی بیماران ام اس می‌توان گفت بیماران ام اس به دلیل تغییرات جسمانی ناشی از بیماری مانند ضعف عضلانی، مشکلات حرکتی و خستگی مزمن، ممکن است دید منفی و تحریف‌شده‌ای نسبت به بدن خود پیدا کنند [۲۹]. این دیدگاه منفی می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به نفس و ایجاد مشکلات روان‌شناختی بیشتر شود. بازسازی شناختی یکی از تکنیک‌های کلیدی است که در آن بیمار یاد می‌گیرد افکار منفی و تحریف‌شده درباره ظاهر و عملکرد بدنی خود را شناسایی و با افکار واقع‌بینانه‌تر جایگزین کند. این فرایند بازسازی، به بیمار کمک می‌کند تا افکاری مانند «بدنم ناتوان و غیرجذاب است.» را با افکاری مانند «من هنوز توانایی‌های زیادی دارم و ارزشم به محدودیت‌های جسمی‌ام وابسته نیست.» جایگزین کند [۲۸]. به همین ترتیب، شناخت خطاهای شناختی نیز به بیماران امکان می‌دهد تا الگوهای فکری نادرست خود، مانند بزرگ‌نمایی نواقص جسمی یا مقایسه خود با افراد سالم را شناسایی و اصلاح کنند. این تکنیک باعث می‌شود بیماران از دام افکار منفی بیرون آمده و تصویری مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تر از بدن خود داشته باشند [۲۷]. جرئت‌ورزی به بیماران این امکان را می‌دهد که احساسات و نیازهای خود را به صورت موثر بیان کنند و از طریق ابراز بهتر خود از اضطراب‌ها و نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی بکاهند. با یادگیری تکنیک جرئت‌ورزی، بیماران ام اس می‌توانند در مواجهه با قضاوت‌های اجتماعی و نگرانی‌های ظاهری، واکنش مناسب‌تری نشان دهند و احساسات خود را بدون خجالت یا خودسرزنشی بیان کنند [۲۶]. مدیریت استرس نیز با کمک به بیماران برای شناسایی و کاهش منابع استرس، از بار روانی مرتبط با تصویر بدنی منفی می‌کاهد. این تکنیک به آن‌ها کمک می‌کند تا در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، مانند نگرانی از قضاوت دیگران یا دیدن تغییرات ظاهری خود، کنترل بیشتری داشته باشند. از سوی دیگر، آرام‌سازی عضلانی از طریق کاهش تنش‌های جسمی به بیماران کمک می‌کند تا در لحظات پراسترس، به آرامش برسند و اضطراب برآمده از نگرش‌های منفی نسبت به بدن خود

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

را کاهش دهند [۲۷]. این تکنیک‌ها به طور هم‌افزا به بیماران ام اس کمک می‌کنند تا با ارتقای پذیرش خود و بهبود نگرش مثبت نسبت به بدن، از اضطراب‌ها و نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی بکاهند و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند که همسو با یافته‌های پژوهش خانعلی‌لو و لطفی کاشانی [۲۶]، با عنوان «اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد ناشی از آن در افراد با مولتیپل اسکلروزیس»، گی و همکاران [۲۸]، با عنوان «اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر خستگی بیماران ام اس» و همچنین زاروتی و همکاران [۲۹]، با عنوان «اثرات مداخلات شناختی - رفتاری بر بیماران ام اس» بوده است.

همچنین در زمینه اثربخشی روایت‌درمانی، میانگین نمرات اضطراب مرگ و تصویر بدنی بعد از مداخله و مرحله پیگیری در گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است. برای تبیین اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب مرگ می‌توان گفت روایت‌درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی نوین، می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ در این بیماران موثر باشد [۳۳]. در این فرایند، بیماران با روایت داستان‌های خود، احساسات و افکار خود را بازنگری کرده و به آن‌ها معنا می‌دهند. یکی از تکنیک‌های کلیدی در روایت‌درمانی، تشویق بیماران به بیان تجربیات و احساسات خود درباره مرگ و بیماری است. این فرایند به بیماران کمک می‌کند تا با ترس‌ها و احساسات خود مواجه شوند و آن‌ها را در یک چارچوب جدید قرار دهند. همچنین روایت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به مرگ و بیماری خود آگاهی بیشتری پیدا کنند و آن را بپذیرند. این پذیرش می‌تواند به کاهش احساس ترس و اضطراب منجر شود. در واقع، وقتی بیماران احساس می‌کنند که داستان زندگی‌شان قابل فهم و معنادار است، کمتر در معرض اضطراب قرار می‌گیرند [۳۱]. همچنین این روش به بیماران آموزش می‌دهد که چگونه با چالش‌های زندگی خود مقابله کنند. تکنیک‌های روایت‌درمانی شامل تامل در تجربیات، بازنگری در ارزش‌ها و اولویت‌ها، و تقویت روابط اجتماعی است. این مهارت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با اضطراب مرگ، احساس کنترل بیشتری داشته باشند [۳۵]. در کل روایت‌درمانی، بیماران را تشویق می‌کند تا روایت‌های مثبتی از تجربیات خود بسازند. این روایت‌ها می‌توانند شامل لحظات خوشایند، موفقیت‌ها و ارتباطات مثبت با دیگران باشند. ایجاد این نوع روایت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی و مرگ پیدا کنند [۳۲] که همسو با یافته‌های پژوهش بنی‌صفر و همکاران [۳۳]؛ با عنوان «بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی بیماران سرطانی با سرسختی روان‌شناختی پایین» و جانگ و همکاران [۳۵]؛ با عنوان «اثرات مواجهه درمانی روایتی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطراب: مروری سیستماتیک و متاآنالیز» بوده است.

همچنین برای تبیین اثربخشی روایت‌درمانی بر تصویر بدنی می‌توان گفت که تغییرات جسمانی برآمده از بیماری ام اس، به ویژه در مراحل پیشرفته، ممکن است به احساس ناکامی، نپذیرفتن بدن و مشکلات روانی دیگر منجر شود. در بیماران مبتلا به ام اس، تغییرات جسمانی و عوارض این بیماری ممکن است به اختلال در تصویر بدنی منجر شود و در نتیجه بر سلامت روانی و کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر منفی بگذارد [۳۰]. از جمله تکنیک‌های روایت‌درمانی آن است که به بیماران ام اس کمک می‌کند تا با تغییرات جسمانی برآمده از بیماری مواجه شوند و آن‌ها را بپذیرند. این پذیرش می‌تواند احساس خودآگاهی و عزت نفس را تقویت کند و در نتیجه تصویر بدنی بهتری را ایجاد کند. با بیان داستان‌های زندگی و تجربه‌های شخصی، بیماران می‌توانند به درک عمیق‌تری از تغییرات جسمی خود برسند [۳۶] و به جای تمرکز بر جنبه‌های منفی تغییرات جسمانی، بر جنبه‌های مثبت و دستاوردهای خود تاکید کنند. این بازنگری می‌تواند به ایجاد تصویری مثبت از بدن و کاهش احساسات منفی کمک کند. برای مثال، بیماران ممکن است به تجربه‌های موفق خود در مواجهه با چالش‌ها اشاره کنند و این تجارب را به مثابه بخشی از هویت خود بپذیرند [۳۱] و سپس با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به آن‌ها کمک می‌کند تا با احساسات منفی ناشی از تصویر بدنی نامطلوب خود مقابله کنند. این مهارت‌ها شامل تامل در احساسات، ارتباط با دیگران و جستجوی حمایت اجتماعی است. این فرایند می‌تواند به بیماران کمک کند تا احساس کنترل بیشتری بر وضعیت خود داشته باشند و از این طریق تصویر بدنی خود را بهبود بخشند؛ همچنین روایت‌درمانی می‌توانند به بهبود روابط اجتماعی بیماران با ایجاد فضایی برای به اشتراک‌گذاری تجربیات و داستان‌ها، ارتباطات عاطفی عمیق‌تری بین بیماران برقرار کند. این روابط اجتماعی می‌توانند احساس حمایت و همدلی را تقویت و در نهایت به بهبود تصویر بدنی کمک کند [۳۴]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که روایت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک ابزار موثر در بهبود تصویر بدنی بیماران مبتلا به ام اس عمل کند. با پذیرش تغییرات جسمانی، تدوین روایت‌های مثبت و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، بیماران می‌توانند به ساختن تصویر بدنی بهتری از خود دست یابند؛ بنابراین،گنجاندن تکنیک‌های روایت‌درمانی در برنامه‌های درمانی برای بیماران ام اس می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی آن‌ها کمک کند که همسو با یافته‌های پژوهش زولفعلی پورملکی و همکاران [۳۴]؛ با عنوان «اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب جسمانی اجتماعی زنان چاق و دارای اضافه‌وزن» و لیو - ویسل و همکاران [۳۶] با عنوان «اثربخشی روایت‌درمانی همراه با نقاشی بر تصویر بدنی بیماران کلیوی» بوده است. به هر حال این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی دارد؛ با وجود کوشش‌هایی که برای همگن‌سازی گروه‌ها و کنترل اثرات متغیرهای مزاحم صورت گرفته، سوگیری‌هایی که ممکن است در پاسخ به ابزارهای پژوهش وجود داشته باشد و همچنین میزان و نوع داروی مصرفی بیماران، باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داده است که هر دو درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی در بهبود میزان اضطراب مرگ و تصویر بدنی موثر عمل می‌کنند. نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به بیماران مبتلا به ام اس شود. پیشنهاد می‌شود که پزشکان و روان‌درمانگران از مداخلات درمان شناختی - رفتاری و روایت‌درمانی در بهبود آشفتگی‌های مرتبط با بیماری ام اس بهره ببرند تا سلامت روانی و حتی جسمی این بیماران افزایش یابد.

سپاسگزاری

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.NAFABAD.REC.1402.186

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

انجام شده است و در پایان نیز پژوهشگران از استاد محترم راهنما، جناب آقای دکتر حسن رضایی جمالویی، همه کارکنان و مدیریت خیریه توانمندسازی بیماران ام اس شهر تهران و تمامی بیماران ام اس شرکت‌کننده در پژوهش به خاطر اعتماد، صبر و بردباری تشکر و قدردانی می‌کنند. شایان ذکر است که این مقاله مستخرج از رساله دکتری رشته روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد است.

تعارض منافع

نویسندگان در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Amin M, Hersh CM. Updates and advances in multiple sclerosis neurotherapeutics. Neurodegenerative disease management. 2023;**13**(1):47-70. [DOI: 10.2217/nmt-2021-0058] [PMID: 36314777]
2. Sauder T, Keune PM, Müller R, Schenk T, Oschmann P, Hansen S. Trait mindfulness is primarily associated with depression and not with fatigue in multiple sclerosis [MS]: implications for mindfulness-based interventions. BMC neurology. 2021;**21**(1):115. [DOI: 10.1186/s12883-021-02120-z] [PMID: 33726702]
3. Novak AM, Lev-Ari S. Resilience, stress, well-being, and sleep quality in multiple sclerosis. Journal of Clinical Medicine. 2023;**12**(2):716. [DOI: 10.3390/jcm12020716] [PMID: 36675644]
4. Sauder T, Hansen S, Bauswein C, Müller R, Jaruszowic S, Keune J, et al. Mindfulness training during brief periods of hospitalization in multiple sclerosis [MS]: Beneficial alterations in fatigue and the mediating role of depression. BMC Neurology. 2021;**21**:390. [DOI: 10.1186/s12883-021-02390-7] [PMID: 34625058]
5. Jeloyari F, Kazemian S, Naeimi E, Farrokhi N. Discovering psychosocial strategies affecting self-esteem in women with multiple sclerosis: A qualitative study. Journal of Psychological Science. 2022;**21**(114):1123-1144. [DOI:10.52547/JPS.21.114.1123]
6. Molazade J. The pure effects of occurrence relapse on fatigue and quality of life in patients with multiple sclerosis: A post hoc analysis with high statistical control. Journal Neyshabur University of Medical Sciences. 2018;**6**(3):26-37. [Link]
7. Marck CH, Learmonth YC, Chen J, van der Mei I. Physical activity, sitting time and exercise types, and associations with symptoms in Australian people with multiple sclerosis. Disability and Rehabilitation. 2022;**44**(8):1380-1388.[DOI: 10.1080/09638288.2020.1817985] [PMID: 32940535]
8. Afshar Shandiz H, Rahimian Boogar I, Talepasand S. Comparison of efficacy of mindfulness-based cognitive therapy with brief solution-focused therapy on quality of life of patients with multiple sclerosis. Journal of Psychological Science. 2023;**22**(125):881-98. [DOI: 10.52547/JPS.22.125.845]
9. McGinley MP, Goldschmidt CH, Rae-Grant AD. Diagnosis and treatment of multiple sclerosis: a review. JAMA. 2021;**325**(8):765-779. [DOI: 10.1001/jama.2020.26858] [PMID: 33620411]
10. Grabler MR, Weyen U, Juckel G, Tegenthoff M, Mavrogiorgou-Juckel P. Death anxiety and depression in amyotrophic lateral sclerosis patients and their primary caregivers. Frontiers in neurology. 2018;**9**:1035.[DOI: 10.3389/fneur.2018.01035] [PMID: 30559710]
11. Novak AM, Lev-Ari S. Resilience, stress, well-being, and sleep quality in multiple sclerosis. Department of health promotion, school of public health, sackler faculty pf medicin. 2023. 12(2): 716. [DOI:10.3390/jcm12020716]
12. Abasabadi F, Sadeghi Z, Farzaei M, Heydarian M. The effectiveness of the hope therapy approach on group happiness in general health and hope of women patients with multiple sclerosis in Kermanshah in 2021. Community Health Journal. 2023;**17**(1):32-42. [DOI: 10.22123/chj.2023.337662.1890]
13. Lo Buono V, Bonanno L, Corallo F, Cardile D, D'Aleo G, Rifici C, et al. The relationship between body image, disability and mental health in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Medicine. 2023;**12**(10):3606. [DOI: 10.3390/jcm12103606] [PMID: 37240712]
14. Oraki M, Sami P. Investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the perception of disease and its severity in patients with multiple sclerosis. Social Cognition. 2016;**5**(2):107-119. [Link]
15. Venes D. Taber's cyclopedic medical dictionary: FA Davis; 2017. [Link]
16. Lu J, Yang Y, Chen H, Ma H, Tan Y. Effects of different psychosocial interventions on death anxiety in patients: a network meta-analysis of randomized controlled trials. Frontiers in Psychology. 2024;**15**:1362127. [DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1362127] [PMID: 38562234]
17. Ottu IFA, Essien EA, Lawal AM. Death anxiety from quality of life and emotional impact of event: a case study of proximate earwitnesses of Dana air crash in Nigeria. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2019;**78**(4):421-440. [DOI: 10.1177/0030222817701466] [PMID: 28387152]
18. Stevens SD, Thompson NR, Sullivan AB. Prevalence and correlates of body image dissatisfaction in patients with multiple sclerosis. International journal of MS care. 2019;**21**(5):207-213. [DOI: 10.7224/1537-2073.2018-066] [PMID: 31680782]
19. Smyth P, Watson KE, Al Hamarneh YN, Tsuyuki RT. The effect of nurse practitioner (NP-led) care on health-related quality of life in people with multiple sclerosis–a randomized trial. BMC neurology. 2022;**22**(1):275. [DOI: 10.1186/s12883-022-02809-9] [PMID: 35879701]
20. Argyrides M, Koundourou C, Angelidou A, Anastasiades E. Body image ,media influences, and situational dysphoria in individuals with visible physical disabilities. International Journal of Psychological Research. 2023;**16**(1):78-88. [DOI: 10.21500/20112084.6014] [PMID: 37547865]
21. Arshadi N, Mansourinik A. The causal relationship of thin ideal internalization with body dissatisfaction: The mediating role of social comparison. Social Psychology Research. 2019;**9**(35):53-66. [Link]
22. Mansouri Koryani R, Bassak Nejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Majdinasab N. Effectiveness of compassion focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and psychological distress in ppatients with multiple sclerosis. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;**28**(2):222-235. [DOI:10.32598/ijpcp.28.2.3747.1]
23. Aboutalebi H, Yazdchi N, Smkhani Akbarinejhad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on death anxiety and quality of life among women with multiple sclerosis. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2022;**32**(1):92-101. [DOI: 10.52547/iau.32.1.92]
24. Gromisch ES, Kerns RD, Czlapinski R, Beenken B, Otis J, Lo AC, et al. Cognitive behavioral therapy for the management of multiple sclerosis–related pain: a randomized clinical trial. International Journal of MS Care. 2020;**22**(1):8-14. [DOI: 10.7224/1537-2073.2018-023] [PMID: 32123523]
25. Siengsukon CF, Alshehri M, Williams C, Drerup M, Lynch S. Feasibility and treatment effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in individuals with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. Multiple sclerosis and related disorders. 2020;**40**:101958. [DOI: 10.1016/j.msard.2020.101958] [PMID: 32014809]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]

26. Khanali Lou R, Lotfi Kashani F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and its resulting dysfunctional concerns in multiple sclerosis. Islamic Life Journal. 2020;**3**:163-72. [Link]
27. Maghsoudloo F, Sanagouye Moharer G, Shirazi M. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety thoughts and life expectancy in women with MS. Razi Journal of Medical Sciences. 2023; **30**(1) :206-221. [Link]
28. Gay MC, Cassedanne F, Barbot F, Vaugier I, Thomas S, Manchon E, et al. Long-term effectiveness of a 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. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2024;**95**(2):158-166. [DOI: 10.1136/jnnp-2023-331537] [PMID: 37648439]
29. Zarotti N, Eccles F, Broyd A ,Longinotti C, Mobley A, Simpson J. Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. Disability and Rehabilitation. 2023;**45**(10):1720-1735. [DOI: 10.1080/09638288.2022.2069292] [PMID: 35514235]
30. Wever C. Beyond psychological truth deconstructing western deficit-oriented psychology and the co-construction of alternative psychologies in narrative practice. International Journal of Narrative Therapy & Community Work. 2015:11-25. [Link]
31. Soghari Karbalai Herfteh F, Norouzi Fatehabad A, Deljooi Sarkesh Z. Comparison of the effect of narrative therapy and commitment and acceptance based therapy (ACT) on body image concerns in multiple sclerosis (MS). First National Conference on Futurology Educational Sciences and Psychology, Shiraz. 2021. [Link]
32. Lely JC, Smid GE, Jongedijk RA, W .Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. European journal of psychotraumatology. 2019;**10**(1):1550344. [DOI: 10.1080/20008198.2018.1550344] [PMID: 31007868]
33. Banisafar A, Ahi Q, Mansouri A, Bahreynian A. Investigating the effectiveness of narrative therapy on resilience and emotional regulation of cancer patients with low psychological toughness. Journal of Psychological Science. 2024;**23**(133):183-195. [DOI: 10.52547/JPS.23.133.183]
34. Zolfalipormaleki S, Gamari Kivi H, Rezai Sharif A. Effectiveness of narrative therapy on social physique anxiety in obese and overweight women. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2023;**23**(3):278-291. [DOI: 10.61186/jarums.23.3.278]
35. Geng C, Zhang M, Zhang L, Yin H, Wang S. Effects of narrative exposure therapy for treating depressive and anxious ddisorders: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry Investigation. 2024;**21**(4):329. [DOI: 10.30773/pi.2023.0281] [PMID: 38695040]
36. Lev-Wiesel R, Sasson L, Scharf N, Abu Saleh Y, Glikman A, Hazan D, et al. "Losing faith in my body": body image in individuals diagnosed with end-stage renal disease as reflected in drawings and narratives. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2022;**19**(17):10777. [DOI: 10.3390/ijerph191710777] [PMID: 36078494]
37. Mehdifar H, Azari S, Aminpour H, Amirsardari L. Factor analysis and standardization of death anxiety questionnaire. National Conference on Applied Research in Educational Sciences and Psychology and Social Injuries in Iran. 2015. [Link]
38. Mohammadi N, Sajadinezhad M. The relationship among body image concern, fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety. Journal of Modern Psychological Researches, 2007; **2**(5): 55-70. [Link]
39. Röttgering JG, Douw L, de Witt Hamer PC, Kouwenhoven MC, Würdinger T, van de Ven PM, et al. Reducing severe fatigue in patients with diffuse glioma: a study protocol for an RCT on the effect of blended cognitive behavioural therapy. Trials. 2022;**23**(1):568. [DOI: 10.1186/s13063-022-06485-5] [PMID: 35841104]
40. Chen T, Wang R, Zhan Y, Ma X, Sun C, Li L. Effect of narrative therapy on the psychological status and life quality of family caregivers of adolescents with first-episode depression. Medicinal Plant. 2022;**13**(6):72-84. [DOI:10.19600/j.enki.issn2152-3924.2022.06.016]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-11-30]