

اثر بخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)

مالک میرهاشمی^۱، فاطمه نجفی^۲

^۱ استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات سمنان

چکیده

سابقه و هدف: هدف اساسی این مطالعه، اثربخشی روش درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران ام اس بود. **روش بررسی:** در این پژوهش شبه تجربی، ۱۶ بیمار مبتلا به ام اس به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گرد آوری داده‌ها شامل پرسشنامه تجدید نظر شده احساس انسجام فلسنبرگ و مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون بود که بیماران پیش از مداخله آن را تکمیل کردند و پس از ارائه درمان راه حل مدار، که در پنج جلسه ۷۵ دقیقه‌ای انجام شد، پس از آزمون به عمل آمد. **یافته‌ها:** نتایج آزمون t همبسته نشان داد که میزان متغیر تاب آوری و حس انسجام در پیش آزمون و پس از آزمون تفاوت معنی‌داری دارند.

نتیجه‌گیری: براساس تحلیل‌های انجام شده می‌توان نتیجه گرفت که روش درمان راه حل مدار می‌تواند بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس اثربخش باشد.

واژگان کلیدی: درمان راه حل مدار، تاب آوری، احساس انسجام، مولتیپل اسکلروزیس (ام اس).

مقدمه

ام اس در میزان امید به زندگی تأثیر کمی دارد، اما این بیماران برای سال‌های متمادی باید با تحمل تأثیرات آن زندگی کنند (۵). این بیماری چالشی دائمی را برای خانواده ایجاد می‌کند و باعث تخلیه انرژی و تأخیر در سرعت حرکت و فعالیت‌های خانواده می‌شود و از جنبه‌های مختلف، بیماری پر هزینه‌ای است (۱).

نکته مهم درباره بیماری ام اس این است که طی دو دهه اخیر روند رو به رشدی داشته. هر چند، علت شیوع مشخص نیست، اما بدون تردید عوامل محیطی از جمله استرس‌ها بی‌تأثیر نیستند و شکی نیست که استرس و عوامل روانی در تشدید بیماری و بروز حملات جدید نقش به‌سزایی دارند. برای بیماران ام اس آنچه بیش از دارو و درمان‌های پیچیده توصیه می‌گردد، دوری از اضطراب، استرس و تنش‌های روانی است (۶).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط بین سلامت روان و بیماری ام اس معنی‌دار بوده است. طی مطالعه معلوم شد که ۹/۱۷

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اعصاب مرکزی در افراد جوان است. این بیماری مزمن و پیشرونده با آسیب رساندن به بافت میلین مغز و نخاع منجر به بروز طیف وسیعی از علائم عصبی همچون تاری دید، ضعف عضلانی و اختلالات حسی می‌گردد (۱). علائم عصبی در ابتدا مشتمل بر ضعف، آتاکسی، اختلالات منتشر حسی و حرکتی و تغییرات بینایی است (۲). علت آن نامعلوم است، اما مطالعات بر عفونت ویروسی و اختلالات سیستم ایمنی متمرکز بوده‌اند (۳). تظاهرات ام اس از یک بیماری خوش خیم تا بیماری به سرعت پیش رونده و ناتوان کننده متغیرند (۴).

آدرس نویسنده مسئول: سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات سمنان، گروه روان شناسی،

فاطمه نجفی (email: fatemehnajafi2@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۹/۱۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۲۷

تحقیقات مذکور حاکی از این است که متغیر تاب آوری به عنوان فرآیندی پویا باعث می‌شود افراد با مسائل تنش‌زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند (۲۱). احساس انسجام هم که یک جهت‌گیری کلی برای در نظر گرفتن زندگی به صورت قابل درک، قابل کنترل و معنی‌دار است (۲۲)، موجب رفتارهای سازگارانه‌تر و آسیب‌پذیری کمتر می‌شود. پس می‌توان گفت که تقویت این دو متغیر در بیماران ام اس می‌تواند راهبرد مقابله‌ای خوبی برای سازگاری بیشتر با این بیماری باشد.

تنوع مداخلات نشان می‌دهد که راه‌های بسیاری به طور بالقوه وجود دارد که می‌توانند به افراد مبتلا به ام اس کمک کند. راتو (۲۰۱۲) نشان داد که علاوه بر مصرف داروهای ام اس، درمان مدیریت استرس می‌تواند مفید باشد. ضایعات مغزی که توسط MRI در ام اس دیده می‌شود با درمان مدیریت استرس کاهش می‌یابد (۲۳). اثر بخشی گروه درمانی بر افسردگی و اضطراب بیماران ام اس تحقیقی بود که مؤثر بودن مداخله‌ای دیگر را نشان می‌دهد (۲۴).

مداخله درمان شناختی رفتاری نشان داد که افراد مبتلا به ام اس در پایان درمان کمتر مضطرب بودند و در مقایسه با روش گوش دادن حمایتی مؤثرترین روش به نظر می‌رسد (۲۵). نتیجه کلی در ۱۴ مطالعه نیز نشان می‌دهد که توان بخشی عصب روان شناختی نیز علائم شناختی در بیماران را کاهش می‌دهد (۲۶).

بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر خستگی بیماران ام اس در مقایسه با درمان آرام سازی (RT) نشان داد که هر دو گروه در همه نتایج بهبود یافتند. البته شرکت کنندگان در درمان شناختی رفتاری بهبود قابل توجه‌تری در افسردگی، اضطراب و استرس یافتند (۲۷). اثر بخشی مداخلات جسمانی، روانی، اجتماعی و عملکردی نیز نشان داد که روش‌های کار درمانی برای بیماران ام اس مؤثر است (۲۸).

در مداخلات دیگری مشخص شد که PMRT (Progressive Muscle Relaxation Technique) در کاهش سطح خستگی بیماران و بهبود کیفیت خواب آنها مؤثر است (۲۹). مداخلات روانی اجتماعی کمک به کاهش و یا مدیریت چالش‌های روانی اجتماعی و ایجاد امیدواری در بیماران ام اس می‌کند (۳۰). در بررسی کارتیژکا و فابر (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای همبستگی معنی‌داری بین رفتارهای سلامت (مانند، تغذیه، مدیریت استرس، فعالیت بدنی، روابط بین فردی مثبت و رشد معنوی) و مشارکت نقش و کیفیت زندگی یافت شد (۳۱).

درصد بیماران ام اس مشکلات جسمانی شدید و ۸/۳۸ درصد مشکل شدید اجتماعی داشتند، همچنین افسردگی و اضطراب شدید به ترتیب در ۲/۱۱ درصد و ۹/۱۴ درصد بیماران مشاهده شد (۷). علاوه بر این، نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که افراد مبتلا به ام اس کیفیت ذهنی پایین‌تری نسبت به گروه همسران و گروه شاهد داشتند (۸). مطالعه دیگری (۱۳۸۵) نشان داد که کیفیت زندگی بیماران از جمعیت عمومی به صورت معنی‌داری کمتر بود (۹). مبتلایان به ام اس از نرخ بالای مشکلات روانی رنج می‌برند، میزان بالاتری از افسردگی را تحمل می‌کنند (۱۰) و نسبت به افراد مبتلا به سایر شرایط عصبی و یا جمعیت عمومی، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۱، ۱۲). در مطالعه دیگری، رابطه ناراحتی جسمی و پریشانی روان شناختی در ام اس (۱۳) بررسی شد و نتایج شرکت کنندگان رابطه مثبت و معنی‌داری را بین تمام متغیرها نشان داد. همه این یافته‌ها نشان از مشکلات شناختی و پیچیده بیماران ام اس دارند.

در خصوص نقش متغیر تاب آوری در تحمل و بهبود برخی بیماری‌ها نتایج نشان داد که نوجوانان مبتلا به علائم افسردگی و یا دیگر مشکلات عاطفی یا رفتاری تاب آوری پایین‌تری داشتند (۱۴). در پژوهشی مشخص شد که میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری ام اس می‌تواند سلامت روانی و جسمی آنها را تحت تاثیر قرار دهد (۱۵). در زمینه نقش متغیر احساس انسجام و آسیب‌پذیری کمتر، بوسکاگلیا و کلارک (۲۰۰۷) پژوهشی را روی زنان مبتلا به سرطان انجام دادند. نتایج نشان داد زمانی که از SOC (Sense of coherence) بالایی برخوردارند نسبت به از دست دادن روحیه آسیب‌پذیری کمتری دارند (۱۶). در مطالعه فلسنبرگ و مدسن، ونتگاد، مریک (۲۰۰۵-۲۰۰۶) معلوم شد که بین احساس انسجام و سلامت جسمانی یک ارتباط قوی وجود دارد (۱۷). آنتونوسکی، هنکین و استون (۱۹۸۷) با بررسی مردان الکلی به این نتیجه رسیدند که برخورداری از SOC ضعیف می‌تواند به مصرف افراطی الکل به عنوان روشی برای مقابله با استرس منجر شود (۱۸). به همین ترتیب، زاین (۱۹۹۷) گزارش داد افرادی که از SOC بالایی برخوردارند، تمایل دارند از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تری استفاده کنند (۱۹). در پژوهشی دیگر (وین رایت، سورتیس، ولچ، لوبن، چاو، بینگهام، ۲۰۰۸) معلوم شد که تفاوت‌های فردی احساس انسجام با انتخاب سبک زندگی سالم می‌تواند در ارتباط باشد (۲۰).

مبتلا به اختلال اضطراب استرس پس از ضربه انجام شده است (۳۳). طراحان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می تواند افراد تاب آور را از غیر تاب آور جدا کند و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. این پرسشنامه ۲۵ سؤال دارد که با درجه بندی بین صفر (هرگز) تا چهار (همیشه) نمره گذاری می شود. (۳۴).

مشاوره راه حل محور در پنج جلسه برای گروه آزمایش اجرا گردید. هر جلسه به طور متوسط ۷۵ دقیقه به طول انجامید. محتوا و هدف هر جلسه به طور خلاصه به این شرح است: جلسه اول:

- آشنایی اعضاء و رهبر گروه با یکدیگر
- صحبت در مورد هر چیزی غیر از موضوع و هدف اصلی گروه درمانی راه حل محور، حرف زدن درباره هر چیزی غیر از مشکل مراجع در آغاز جلسه درمان احساس آرامش و راحتی در مراجع می شود و به مشاور کمک می کند که به جنبه هایی از زندگی مراجع، پی ببرد (۳۵).
- درخواست از اعضاء که احساس خود را از اولین جلسه بیان کنند.

جلسه دوم:

- ارائه یک تصویر کلی به اعضاء گروه در مورد روش درمان و تعداد جلسات.
- بیان اهداف طرح پژوهشی.
- انعقاد قرارداد، گفتگو درباره مشکل
- ارائه فن استثناء ها و شاه کلید ها
- پرسش در مورد احساس خود در پایان جلسه

جلسه سوم:

- درخواست تکالیف و بیان مختصر آنچه که در جلسه پیش ارائه شده بود توسط اعضاء؛
- توضیح مختصری در مورد تعیین اهداف و راه حل ها؛
- دادن تکلیف شامل:

تعیین هدف کنند، و بدنبال آن، اهداف را به راه حل های کوچکتر تبدیل کنند؛ هر یک از این راه حل های کوچک شده، تبدیل به یک هدف گردید.

جلسه چهارم:

- توضیح مختصری از آن چه در جلسه قبل گفته شد توسط اعضاء و درخواست تکالیف؛
- کمک به اعضاء برای رفع اشکالات در جهت رسیدن به راه حل های منطقی، روشن، ملموس، قابل اجرا
- پرسش این پاسخ که " طی جلسات گذشته تا امروز چه تغییری در خود احساس می کنند؟"

با توجه به این نتایج می توان استدلال کرد که شناخت متغیرهای مؤثر روان شناختی و اثربخشی روش های مختلف روان درمانی از جمله روش راه حل مدار، می تواند برای این بیماران مفید باشند، از این رو، هدف اساسی مطالعه حاضر اثر بخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران ام اس بود. فرضیه های مطرح شده عبارت بودند از:

- روش درمانی راه حل مدار بر افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است.

- روش درمانی راه حل مدار بر مؤلفه های احساس انسجام بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است.

مواد و روشها

این مطالعه بر مبنای مفروضه تحقیقات شبه تجربی به صورت میدانی انجام شد. بیماران قبل از مداخله و بعد از آن پرسشنامه های احساس انسجام (فلسنبرگ) و تاب آوری (کانر و دیویدسون) را تکمیل کردند.

طبق مطالعه پیشینه تحقیق، توصیه محققان در مورد حجم نمونه در مطالعات مداخله ای، حجم نمونه برابر با ۱۶ نفر تعیین شد. این بیماران از بین اعضای انجمن ام اس تهران به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. این گروه بین سنین ۲۴ تا ۵۳ سال سن داشتند و تحصیلات آنها از سیکل تا کارشناسی بود.

ابزار مطالعه شامل پرسشنامه احساس انسجام فلسنبرگ (Connor-CD-RS) و (Flensborg 's Sense of Coherence Davidson Resilience Scale) بود.

پرسشنامه احساس انسجام فلسنبرگ حاوی ۳۵ سؤال است که به صورت ۳ یا ۵ گزینه ای طراحی شده است. گزینه ها با مقیاس سه درجه ای ۱ تا ۳ نمره گذاری می شوند. این پرسشنامه متشکل از سه زیر مقیاس فهم پذیری (comprehension)، توانایی مدیریت (manageability) و بامعنايي (meaningfulness) است. نسخه ۲۹ سؤالی و ۱۳ سؤالی این پرسشنامه توسط آنتونوسکی ساخته شده بود که این پرسشنامه توسط فلسنبرگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ تجدید نظر شد (۳۲).

کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱ - ۱۹۷۹ در زمینه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت کنندگان اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران

جلسه پنجم:

- تصحیح اشکالات؛
 - بیان راه کارهایی که برای رسیدن به هدف های خود انجام داده اند و تأثیر آن بر مشکلاتشان؛
 - صحبت های متفرقه در مورد آنچه اعضاء علاقمند به صحبت در مورد آن بودند؛
 - پرسیدن نظر آنها و تغییراتی که در طی جلسات در خود احساس می کنند؛
- تشکر و قدردانی از همکاری آنها و اجرای پس آزمون.

به درک خود، مدیریت زندگی و قابلیت درک از دنیا را تحت تأثیر قرار دهد. بسیاری از مبتلایان آینده ای را برای خود متصور نیستند و نگاه مثبتی به آینده و دنیای پیرامون خود ندارند. مبتلایان به ام اس از نرخ بالای مشکلات روانی رنج می برند و میزان بالایی از افسردگی و نسبت به افراد مبتلا به سایر شرایط عصبی و یا جمعیت عمومی، اضطراب بیشتری را تجربه می کنند (۱۲-۱۰) و این متغیرها و متغیرهای دیگر می توانند بر تأثیر گذاری روش راه حل مدار اختلال ایجاد کنند.

در پژوهشی معلوم شد که سبک زندگی بیماران ام اس در برخی از ابعاد نامطلوب بود و رفتارهای غیر بهداشتی مانند: استعمال دخانیات، نبود فعالیت بدنی و... می تواند بر شدت و عود بیماری و در نهایت کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذار باشد (۳۶) همان گونه که در یک بررسی، نشان داده شد که کیفیت زندگی بیماران ام اس به طور معناداری از جمعیت عمومی کمتر بود (۹).

در این مطالعه نیز نامناسب بودن سبک زندگی (مانند کشیدن سیگار، پایین بودن فعالیت بدنی، نداشتن یک برنامه غذایی مناسب و...) و به تبع آن پایین بودن کیفیت زندگی برخی از مبتلایان، که در جریان جلسات هم به کندی در جهت تغییر این رفتارها اقدام می کردند، شاید علت تغییر اندک احساس انسجام بیماران و فقط در یک بعد آن باشد، و یا حتی وجود متغیرهای دیگر که با احساس انسجام در ارتباط هستند می-تواند در این میان نقش داشته باشند. با توجه به تحقیقی که رابطه بین احساس انسجام و سبک زندگی را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که تفاوت های فردی احساس انسجام با انتخاب سبک زندگی سالم می تواند در ارتباط باشد (۲۰)، می توان نتیجه گرفت که اجرای مداخله با در نظر گرفتن بیشتر تفاوت های فردی و تعداد جلسات بیشتر نتایج بهتری را به دست می دهد.

فلسنبرگ، مدسن، ونتگات و مریک دریافتند که بین احساس انسجام و سلامت جسمانی یک ارتباط قوی وجود دارد (۱۷،۳۲)، این نتایج با مشاهدات این تحقیق در ارتباط و همسو است زیرا که بیماران ام اس بدلیل مشکلات جسمانی متعددی که دارند و عدم کنترل بر زندگی خود احساس انسجام پایینی دارند و در شرایط بحرانی نیز این متغیر به شدت آسیب می بیند. نیلسن و هانسون (۲۰۰۷) معتقدند که سلامتی با نمرات SOC همبستگی ندارد، با این وجود SOC با سلامتی در ارتباط هستند (۳۷). پس می توان نتیجه گرفت که وضعیت سلامتی نامناسب همان گونه که در بیماران ام اس

یافته ها

با توجه به این که هدف این پژوهش مقایسه نمره های شرکت کنندگان در متغیرهای تاب آوری و حس انسجام، پس از اجرای متغیر مستقل (درمان راه حل مدار) بود برای آزمون فرضیه های مطرح شده از روش t همبسته استفاده شد. همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می شود، نتایج آزمون t همبسته حاکی از این است که بین عملکرد اعضای گروه آزمایش در پیش - پس آزمون متغیر تاب آوری و حس انسجام تفاوت معنی دار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه های اول و دوم تحقیق کافی است. در نهایت، با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می توان نتیجه گرفت که به طور کلی، درمان راه حل مدار می تواند تاب آوری و حس انسجام بیماران مبتلا به MS را افزایش دهد.

جدول ۱. خلاصه نتایج آزمون های t همبسته (n=۱۶)

مراحل	میانگین \pm انحراف معیار	t	درجه آزادی سطح معناداری
تاب آوری	۲/۵۷۵	۱۵	۰/۰۲۱
پیش آزمون	۵۷/۶۸ \pm ۱۲/۲۱		
پس آزمون	۶۵/۵۰ \pm ۱۷/۲۳		
حس انسجام	۲/۳۳۷	۱۵	۰/۰۳۴
پیش آزمون	۶۲/۰۰ \pm ۱۲/۰۹		
پس آزمون	۶۶/۶۸ \pm ۱۳/۹۸		

بحث

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که روش درمان راه حل مدار بر متغیر تاب آوری و احساس انسجام تأثیر گذار است

بیماران مبتلا به ام اس حملات مکرری را در طی بیماری خود تجربه می کنند و شرایط جسمی آنها کاملاً تحت اختیارشان نیست، البته ممکن است بتوان تأثیر اندک روش درمان راه حل مدار بر احساس انسجام آنها را به همین علت مرتبط دانست، زیرا این شرایط به راحتی می تواند دید آنها را نسبت

این دلیل باشد. ذکر این نکته نیز لازم به نظر می‌رسد که، چون اکثر بیماران ام اس در سن ازدواج و تشکیل خانواده هستند و به علت بیماری خود دچار شکست‌های عاطفی و گاهی متارکه می‌شوند، بسیاری از انگیزه‌های خود را از دست می‌دهند و نسبت به آینده بدبین می‌شوند و به تبع آن افسرده و سلامت روانی آنها به خطر می‌افتد، در مقابل افرادی که با وجود بیماری خود ازدواج‌های موفق‌تری داشته‌اند و از نظر عاطفی محیط امنی برای آنها ایجاد شده بود (سه مورد از اعضای گروه کنترل) در زمان بسیار کوتاهی متغیر تاب‌آوری و احساس انسجام این افراد به طور چشمگیری افزایش یافت.

در صورتی که پژوهش روی شمار گسترده‌تری از بیماران و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل تعمیم به سایر بیماران باشد پیشنهاد می‌شود. روش‌های مداخله‌ای که برای بیماران ام اس امید به آینده و افزایش تحمل آنها در مقابل نگاه و رفتار دیگران و ارتباط بیشتر با جامعه و اطرافیان را به دنبال داشته باشد می‌تواند پیشنهاد خوبی برای بررسی‌های بعدی باشد. با توجه به اینکه ۶۰-۷۰٪ بیماران ام اس جزء بیمارانی هستند که حملات مکرری را تجربه می‌کنند و از نوع بیماران عودکننده - بهبود پذیر هستند (۱) بهتر است مهارت‌هایی را به عنوان مداخله در پژوهش‌های دیگر به آنها آموزش داد که بتوانند در آن شرایط بحرانی و پس از آن به کمک آنها بیایند. روش درمان گروهی راه حل محور برای بررسی روی هر پنج نوع بیماران ام اس و مقایسه اثر درمانی این مداخله بر آنها می‌تواند ارزشمند باشد. توصیه می‌شود که طرح‌های تحقیقاتی روی بیماران ام اس به علت حساسیت آنها نسبت به گرما، در زمستان انجام شوند.

مشاهده می‌شود و غیر قابل پیش‌بینی بودن ذاتی این بیماری، می‌تواند به کاهش احساس انسجام در طی این بیماری منجر شود. نتایج این پژوهش با آنچه از مطالعه نیلسن و هانسون بدست آمد هم جهت می‌باشد.

طی جلسات درمان راه حل مدار اعضای از گروه که روز قبل از جلسات یا در طی هفته پیش از شروع جلسه دچار حملات ام اس می‌شدند و مجبور به بستری شدن در بیمارستان بودند نمرات تاب‌آوری و احساس انسجام به مراتب پایین‌تری نسبت به پیش‌آزمون خود دریافت کردند، حتی با اینکه آنها جلسات را مؤثر می‌دانستند و شواهد نشان می‌داد که آنها از وضعیت روحی بهتری برخوردار شده‌اند. حملات ام اس، آنها را دچار یأس، افسردگی و اضطراب می‌نمود و از نظر جسمی و روانی به شدت احساس آسیب‌پذیری می‌کردند. برای بیماران ام اس جلسات کوتاه مدت می‌تواند مفید باشد اما در شرایط بحرانی کافی نیست و آنها به حمایت بیشتری در آن شرایط نیاز دارند، یعنی جلسات مستمر و طولانی مدت، همان طور که راتو (۲۰۱۲) در مطالعه خود درمان‌های پایدارتر در طول زمان را خاطر نشان می‌کند (۲۳).

برخی از بیماران که در جلسات درمانی راه حل مدار شرکت کرده بودند بعد از یک یا دو جلسه از شرکت در کلاس انصراف می‌دادند (آنها از نظر جسمی در وضعیت مناسب تری قرار داشتند)، وقتی دلیل این کار از آنها پرسیده می‌شد علت آن را انتقال حس ناامیدی و افسردگی از دیگران به خود، بیان می‌کردند و اظهار می‌داشتند که پیش از شنیدن حرف‌های اعضای گروه حال بهتری داشتند. به همین جهت امکان دارد نمرات کم برخی از آزمودنی‌ها در مقیاس احساس انسجام به

REFERENCES

1. Tabrizi N, Etemadifar M, Sharif A, Mirmahdi R, editors. Multiple sclerosis (MS). Tehran: Ghaed; 2012. [In Persian]
2. Pourafkary N, editor. Comprehensive dictionary of psychology- psychiatry: English-Persian. Vol. 2. 6th ed. Tehran: Farhang Moaser; 2007. P.962. [In Persian]
3. Sadock B, Sadock V, editors. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry. Vol. 1. Translated by: Pourafkary N. Tehran: Shahrab; 2012. [In Persian]
4. Harrison D, editor. Harrison principles of internal medicine neurology diseases. Translated by: Sobhanian A, Malek Alai M. Tehran: Arjmand; 2005. [In Persian]
5. Akhbari R. What MS has become a disease involving the entire family? (Excerpt from MS in Focus). Journal of the International Federation of Multiple Sclerosis. 2007; 20: 47-45. [In Persian]
6. Akhbari R. What MS has become a disease involving the entire family? (Excerpt from MS in Focus) Translated from???? Journal of the International Federation of Multiple Sclerosis. 1386. Numbers 20 V 21; pp47-45. [In Persian]
7. Behmanesh B, Farhang SA, editors. MS Psychology: psychological training for multiple sclerosis patients. Tehran: Ravanshenacy Jamea; 2012. [In Persian]
8. Mahmoudi Alami Gh, Nasiri A, Neaz Azeri K. Mental health in MS patients in Mazandaran province [MA Dissertation]. Sari: Islamic Azad University, Sari Branch; 2007. [In Persian]

9. King KE. The subjective quality of life of people with (MS) and their partners. Doctorate of psychology health. Victoria, Australia: Deakin University (Burwood); 2001.
10. Nejat S. Quality of life in patients with MS of Tehran compared with healthy population of Tehran. Iranian Journal Epidemiology. 2006;a:19-24. [In Persian]
11. Siergert RJ, Abernethy DA. Depression in multiple sclerosis: a review. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005;76:469-75.
12. Janssens ACJW, Van Dorn PA, De Boer JB, Van der Meche FGA, Passchier J, Hitzen RQ. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. Acta Neurol Scand 2003;108:389-95.
13. Zorzon M, deMasi R, Nasuelli D, Ukmar M, Mucelli RP, Cazzato G. Depression and anxiety in multiple sclerosis: A clinical and MRI study in 95 patients. J Neurol 2001;248: 416-21.
14. Feeney J. Physical disability and psychological distress in (MS): The role of illness representations and experiential avoidance [Clinical Psychology Thesis]. Cardiff: Cardiff University; 2012.
15. Ziaian T, Anstiss H, Georgia A, Baghurst P, Sawyer M. Resilience and its association with depression, emotional and behavioral problems, and mental health service utilization among refugee adolescents living in South Australia. International Journal of Population Research 2012;22:9-17.
16. Meckaeely N. The role of perceived social support, coping strategies and resiliency to predict quality of life in patients with MS. New Findings in Psychology 2012;7:5-17.
17. Boscaglia N, Clarke DM. Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. Psycho-oncology 2007; 16:189-95.
18. Flensburg – Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A review of previous findings. Scientific World Journal 2005; 5:665-73.
19. Antonovsky H, Hankin Y, Stone D. Patterns of drinking in a small development town in Israel. Br J Addict 1987; 82:293-303.
20. Zayne AS. Sense of coherence, coping, and adaptation in adult cancer patients [Thesis]. California: California School of Professional Psychology; 1997. P.57, 6602.
21. Wain Wright NWJ, Surtees G, Welch AA, Luben RN, Khaw KT, Bingham SA. Health life style choices: could sense of coherence aid health promotion. J Epidemiol Commun Health 2008;61:871-76.
22. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation. Development and Psychopathology 2000;12(4):857-885.
23. Oztekin C. The role of gender, sense of coherence and physical activity in positive and negative affect [Dissertation]. Haziran, Turkey: Department of Educational Sciences, Middle East Technical University; 2008
24. Rattue P. Stress reduction therapy could significantly help MS patients. Medical News Today. 2012. Accessed at: <http://www.MedicalNewsToday.Com/Articles/247866.php>.
25. Khezri Moghaddam N. The effectiveness of group therapy on psychological symptom reduction in MS patients [Thesis in Health Psychology]. Tehran: Tehran University; 2011. [In Persian]
26. Morris MR, Dennison L, Landau S, Yardley L, Silber E, Chalder T. A randomize controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for adjusting to multiple sclerosis (the saMS trial): Does CBT work and for whom does it work? J Consult Clin Psychol 2013; 81: 251-62.
27. Rosti-Otajärvi EM, Hämäläinen PI. Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2011;11:CD009131.
28. Kessel VK. The development and efficacy of cognitive behaviuor therapy for MS fatigue: a randomized controlled trial [Thesis in Health Psychology]. Auckland: University of Auckland; 2007.
29. Baker NA, Degnen TL. The effectiveness of physical, psychological, and functional interventions in treating clients with multiple sclerosis: a meta-analysis. Am J Occup Ther 2001; 55: 324–31.
30. Dayapoğlu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. J Alternat Complement Med 2012; 18: 983-87.
31. Malcomson K, Dunwoody L, Lowe-Strong A. Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis: a review. J Neurol 2007;254:1-13

32. Tyszka AC, Farber RS. Exploring the relation of health-promoting behaviors to role participation and health-related quality of life in women with multiple sclerosis: a pilot study. *Am J Occup Ther* 2010;64:650-59.
33. Flensburg –Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. Testing Antonovskys theory. *ScientificWorldJournal* 2006;6:2212-19.
34. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The conner davidson resilience scale (cd – Risc). *Depression and Anxiety* 2003; 18: 76 – 82.
35. Mohammadi M. Variables reviews individual, family and people at risk of substance abuse [Thesis]. Tehran: University of Medicine and Rehabilitation; 2005. [In Persian]
36. Bahari F, editor. Ecosystem perspectives in counseling and psychotherapy. Tehran: Tazkeyeh; 2009. [In Persian]
37. Payamani F. Life style reviews patients with MS referred to the MS Society of Tehran in 2008. *The Scientific and Research Quarterly* 2008; 12: 26-34. [In Persian]
38. Nielsen AM, Hansson K. Associations between adolescents health, stress and sense of coherence. *Stress and Health* 2007; 23: 331–41.