

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

## اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام‌اس شهر تهران

زینب کاویانی<sup>۱</sup>، سعید بختیارپور<sup>۲\*</sup>، علیرضا حیدری<sup>۳</sup>، پرویز عسگری<sup>۴</sup>، زهرا افتخار صعاد<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴- دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۵- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۲/۱۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۹/۰۸

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مذهب محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام‌اس شهر تهران بود. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ زن مبتلا به ام‌اس با نگرش ناکارآمد بالا و تاب‌آوری پایین بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و به‌طور همتاسازی انتخاب شدند. آنها از نظر مبتلا بودن به ام‌اس و داشتن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد و یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تاب‌آوری و سایر متغیرهای مورد نظر پژوهش همگون بودند. سپس آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و در مورد گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر مبنای درمان چندوجهی اسلامی اجرا گردید، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. یافته‌های پژوهشی نشان دادند که بین گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/05$ )، نتایج پژوهش نشان‌دهنده مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام‌اس، بود.

**واژگان کلیدی:** روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور؛ نگرش‌های ناکارآمد؛ تاب‌آوری؛ مولتیپل اسکلروزیس(ام‌اس)

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS)<sup>۱</sup> یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده با پیامدهای اقتصادی و اجتماعی قابل توجه می‌باشد. هزینه‌های اجتماعی مرتبط با ام اس به دلیل طول مدت زیاد، از دست دادن زود هنگام بازدهی، نیاز به مساعدت در فعالیت‌های روزمره و درمان‌های تعدیل‌کننده ایمنی و مراقبت‌های سلامتی چند نظامی بسیار بالاست (سلیمانی و تاجالدینی، ۱۳۹۵). نکته مهم درباره بیماری ام اس این است که طی دو دهه اخیر روند رو به رشدی داشته هرچند، 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 بسزایی دارند. بر طبق مطالب یاد شده، برای بیماران ام اس آنچه بیش از دارو و درمان‌های پیچیده توصیه می‌گردد، دوری از اضطراب، استرس و تنش‌های روانی است (میرهاشمی و نجفی، ۱۳۹۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارتباط بین سلامت روان و بیماری ام اس معنی‌دار بوده است. طی مطالعه معلوم شد که ۹/۱۷ درصد بیماران ام اس مشکلات جسمانی شدید و ۸/۸۳ درصد مشکل شدید اجتماعی داشتند، هم‌چنین افسردگی و اضطراب شدید به ترتیب در ۲/۱۱ درصد و ۹/۱۴ درصد بیماران مشاهده شد (میرهاشمی و نجفی، ۱۳۹۳). طبق پژوهش‌های انجام گرفته افراد مبتلا به ام اس کیفیت ذهنی پایین‌تری نسبت به گروه همسالان و گروه شاهد داشتند (محمدی‌عالمی، نصیری و نیازآذری، ۲۰۰۷). پتری و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵؛ رز، کندی و مکناب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵، طی مطالعات خود دریافتند که باورها نقش مؤثری در ابتلا و سیر بیماری ایفا می‌کنند. اضطراب و افسردگی از عواملی هستند که زمینه مناسبی را برای شروع مشکلاتی چون ام‌اس، سرطان و ناباروری فراهم کرده و ادامه درمان را نیز با مشکل مواجه می‌گردانند. ریشه این دو عامل را می‌توان در باورهای نادرست فرد جستجو کرد. هم‌چنین در خصوص نقش متغیر تاب‌آوری در تحمل و بهبود برخی بیماری‌ها نتایج نشان داد که نوجوانان مبتلا به علایم افسردگی و یا دیگر مشکلات عاطفی یا رفتاری تاب‌آوری پایین‌تری داشتند (فینی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). در واقع تاب‌آوری چگونگی برخورد موفقیت‌آمیز

1- Multiple Sclerosis

2- Petrie

3- Ross &amp; Kennedy

4-Feeney

فرد با چالش‌های زندگی در هنگام رویارویی با استرس و یا آسیب، است؛ نظریه تاب‌آوری بر جنبه‌های قوی مقابله با آسیب‌ها ساخته شده و توانایی فرد برای کنار آمدن با خطر و مشکلات است (میرز،<sup>۱</sup> ۲۰۱۱). فریدمن<sup>۲</sup> (۲۰۱۳)، تاب‌آوری را به‌عنوان توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط زندگی تعریف می‌کند. طبق مطالعات انجام شده، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مبتلایان به بیماری ام اس می‌تواند سلامت روانی و جسمی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (زیابین، آنستیس، جورگیا، باقرست و ساویر،<sup>۳</sup> ۲۰۱۲).

محققان زیادی در پی شناسایی عوامل موثر بر تاب‌آوری بودند. از جمله عواملی که بر تاب‌آوری تأثیر دارد، باورهای مذهبی است. آثار بالقوه باورهای مذهبی به کنار آمدن و مقابله با حوادث آسیب‌زا منجر می‌شود (کاویانی، حمید و عنایتی، ۱۳۹۲). به‌نظر می‌رسد مذهب برای افراد نقش سپر دفاعی را بازی کرده، مجموعه وسیعی از آثار مثبت روان شناختی را در فرد ایجاد می‌کند (رحیمی، ۱۳۸۹) همچنین داشتن روحیه مذهبی به طور چشمگیری با سلامت روان و سازگاری افراد ارتباط دارد (استوارد و جو،<sup>۴</sup> ۱۹۹۸؛ به نقل از حسینی قمی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۰). مهم‌ترین دلیل عدم توفیق شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان اختلالات روانی، ناتوانی آن‌ها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چند گانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و ناهنجاری رفتاری است (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). در چند دهه گذشته نقش معنویت و مذهب به عنوان یک روش درمانی توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است (پتیت،<sup>۵</sup> ۲۰۱۲؛ کزدی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲). در مجموع با توجه به پژوهش‌های انجام شده به‌نظر می‌رسد تلفیق رویکردهای معنوی و مذهبی با روش‌های مختلف روان درمانی می‌تواند باعث ارتقای اثربخشی این روش‌ها شود (یعقوبی، سهرابی و

1- Meyers

2- Friedman

3- Ziaian, anstiss, Georgia, Baghurst &amp; Sawyer

4- Stoard &amp; jo

5- Peteet

6- Kezdy

محمدزاده، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش (رضایی، ۱۳۹۶)، معین می‌کند گروه درمانی شناختی - رفتاری با تأکید بر باورهای معنوی اسلام محور در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. نتایج پژوهش (تقی‌زاده و میرعلائی، ۱۳۹۲)، معین می‌کند معنویت درمانی گروهی در افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام اس به‌طور چشمگیری موثر است. در پژوهشی دیگر مشخص شد که رابطه معنادار معکوس بین ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با میزان افسردگی زنان مبتلا به ام اس وجود دارد (شاهسوند بغدادی و طاووسی جونکی، ۱۳۹۴). محمدی‌زاده، عسکری‌زاده و باقری (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ام اس، دریافتند که بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اضطراب مرگ، رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

پژوهش‌ها اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با مذهب و معنویت را بر نگرش به بیماری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان (زرگانی، نصیری، حکمت، عباس پور و وحابی، ۱۳۹۷؛ شریفی ریگی، مرعشی و حمید، ۱۳۹۷)؛ اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان (محامد و سلیمان، ۲۰۱۷)؛ افزایش کیفیت زندگی، افسردگی و اختلال اضطرابی سالمندان (عسکری، محمدی، رادمهر و جهانگیری، ۱۳۹۷؛ باررا، زنو، بوش، باربر و استنلی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲)، کاهش علائم بیماری و سازگاری بیماران اسکیزوفرنی (ویسمن، تاجمن و دوارت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰)، افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد زوجین (کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲) نشان دادند. همان‌طور که نتایج پژوهش مولایی، جانی، علیلو و پوراسمعی، (۱۳۹۴)، نشان می‌دهد شناخت درمانی مذهب محور باعث کاهش نشانه‌های روان‌شناختی همه ابعاد مقیاس SCL 25- به جز سه مقیاس در بیماران مبتلا به سرطان شده است. همچنین نتایج پژوهش حمید و کاویانی بروجنی (۱۳۹۵)، نشان می‌دهد روان درمانی شناختی رفتاری مذهب محور در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز مؤثر بوده است. همچنین نتایج پژوهش حمید، شوبو ویسی و سجادی (۱۳۹۲)، نشان می‌دهد که خانواده درمانی مبتنی بر الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور بر بهبود

3- Barrera., Zeno, Bush, Barber & Stanley

4-Weisman, Tuchman & Duarte

عملکرد خانواده، سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مؤثر بوده است. نتایج پژوهش حمید، کاویانی و عنایتی (۱۳۹۲)، نشان‌دهنده تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد زوجین است. در بیان ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر باید گفته شود که، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که مذهب نقش بنیادینی در زندگی افراد ایفا می‌کند و اکثریت قاطع آن را مسلمانان تشکیل داده‌اند، بدیهی است که در چنین جامعه‌ای نادیده گرفتن زمینه ارزشی مراجع تأثیرات منفی بر روان‌درمانی خواهد داشت و هماهنگی بین راهبردها و ارزش‌های اعتقادی مراجع موجب تداوم آثار در مانی می‌شود. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی - رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس بود.

با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی صورت نگرفته که اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مذهب محور را بر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به ام اس نشان دهد؛ هدف این پژوهش پاسخ به این سوال بود که آیا درمان شناختی - رفتاری با رویکرد مذهب محور در افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های منفی زنان مبتلا به ام اس مؤثر است؟ و در صورت تأیید این تأثیر، در جهت بومی‌سازی و غنی‌سازی هر چه بیشتر مدل‌های درمانی تلاش شود.

### روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود که طی آن تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری مذهب محور) بر متغیرهای وابسته (تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد) در زنان مبتلا به ام اس شهر تهران بررسی شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلا به ام اس با نگرش ناکارآمد بالا و تاب‌آوری پایین که در سال ۹۶ به بخش بیماران سرپایی مرکز کهریزک مراجعه داشتند بود، تعداد ۳۰ زن مبتلا به ام اس به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند (ملاک‌های ورود شامل، ابتلا به بیماری ام اس، جنسیت (زن بودن)، داشتن یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد داس و داشتن یک انحراف معیار پایین تر از میانگین در پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون؛ ملاک‌های خروج شامل دو جلسه غیبت متوالی، عدم همکاری و وخیم شدن بیماری). افراد نمونه به‌طور کاملاً تصادفی

انتخاب شدند و به‌طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند، گروه آزمایش ۱۰ جلسه روان‌درمانی شناختی - رفتاری مذهب محور را هر هفته ۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند.

### ابزار گردآوری

در این پژوهش از دو پرسشنامه به شرح زیر استفاده شد:

الف) مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (داس)<sup>۱</sup>: این آزمون جهت سنجش نگرش‌ها، طحوارها و عقاید منفی توسط وایزمن و بک<sup>۲</sup> (۱۹۷۸) فراهم شده است. این مقیاس شامل دو فورم موازی است و هر فرم آن دارای ۴۰ عبارت است که پاسخ دهنده باید باور خود را در مورد آن بر مقیاسی که شامل موافقت کامل تا مخالفت کامل است، در پاسخنامه تست مشخص نماید. روش نمره‌گذاری به این شکل است که هر پاسخ آن نمره‌ای از (۱) کاملاً مخالف تا (۷) کاملاً موافق می‌گیرد. ضرایب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ ثبات درونی کافی را نشان داده است (وایزمن و بک، ۱۹۹۷؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲).

ب) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند (محمدی، ۱۳۸۴؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲)، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بدست آورد که معادل ۸۹٪ بود. اعتبار آن نیز با روش تحلیل عاملی، محاسبه شد که نتایج نشان داد به غیر از سه سوال، ضرایب بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بودند. و در تحلیل نهایی ۲۱ گویه مورد استفاده قرار گرفت.

محتوای جلسه‌های پژوهش حاضر به‌طور کلی بر مبنای درمان چند وجهی اسلامی فقیهی، غباری‌بناب و قاسمی‌پور (۱۳۸۶، به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲) می‌باشد.

1- DAS scale  
2-Waisman & Beck

### جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری مذهب محور

جلسه ۱ تا ۳: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجان‌ها، افکار منفی به‌عنوان تکلیف خانگی.

جلسه ۳ تا ۵: مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.

جلسه ۵ تا ۸: آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی - رفتاری به‌منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی.

جلسه ۸ تا ۱۰: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک مراجعان و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به‌دنبال افکار منطقی.

محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS20 در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار ارائه شد و در سطح استنباطی نیز در راستای فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

### نتایج

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد در مراحل پژوهش

شاخص آماری متغیرها	آزمایش		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب‌آوری	۴۰/۰۷	۶/۲۷۳	۴۲/۴	۴/۹۴
پیش‌آزمون	۶۳/۹۳	۵/۷	۴۲/۶۷	۴/۲۸۷
پس‌آزمون	۱۵۵/۴	۱۵۴/۹۳	۲۲/۶۸	۱۸/۴۵
نگرش‌های ناکارآمد	۱۱۴/۲۷	۱۵۵/۰۷	۷/۶۹	۱۹/۳۸

در جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره‌های تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت چندانی وجود ندارد، ولی در مرحله پس‌آزمون بین میانگین و نمره‌های دو گروه اختلاف زیادی به‌وجود آمده است. به منظور حذف تأثیر پیش‌آزمون و آزمون معناداری تفاوت بین میانگین‌های دو گروه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. در ادامه پیش‌فرض‌های این تحلیل مورد بررسی قرار می‌گیرند.

جدول (۳) نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نمرات تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد زوجین

متغیرها	گروه	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
تاب‌آوری	آزمایش	۰/۶۴	۱۵	۰/۷۹
	کنترل	۰/۱۳	۱۵	۰/۲
نگرش ناکارآمد	آزمایش	۰/۵۵	۱۵	۰/۹۱
	کنترل	۰/۳۹	۱۵	۰/۹۹

نتایج جدول (۳) حاکی از نرمالیتی داده‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش است.

جدول (۴) نتایج آزمون لون برای نمرات تاب‌آوری و نگرش ناکارآمد

متغیرها	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۰/۶۶	۸	۳۶	۰/۷۲
نگرش‌های ناکارآمد	۲/۳۱	۸	۳۶	۰/۲۷

نتایج جدول (۴) بیانگر یکسانی واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش در دو متغیر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد است.

جدول (۴) نتایج آزمون همگنی اثرات تعاملی پیش‌آزمون و متغیر مستقل اصلی

نام آزمون	مقدار	F فرضیه	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلابی	۰/۴۴۷	۱/۱۳	۱۶	۱۴۴	<۰/۱۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۹	۱/۱۷	۱۶	۱۰۱	<۰/۱۲
اثر هتلینگ	۰/۶	۱/۱۹	۱۶	۱۲۶	<۰/۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۶	۴/۱۹	۴	۳۶	<۰/۳



نتایج جدول (۵) بیانگر همگنی اثرات تعاملی پیش‌آزمون و متغیر مستقل اصلی در دو گروه کنترل و آزمایش در دو متغیر تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد است.

جدول (۶) نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس (باکس)

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۳/۶۲۶	۱/۰۷	۲۰	۱/۲۵	۰/۳۷۴

در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول (۷) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی روش مداخله بر ترکیب تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	ارزش	F فرضیه	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلاپی	۰/۹۶	۳/۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۷	۳/۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۲۶/۱۰	۳/۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۶/۱۰	۳/۲۶	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که ترکیب متغیرهای تاب‌آوری و نگرش‌های ناکارآمد اثر معناداری دارد ( $p < ۰/۰۰۰$ ) در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارائه شده است.

جدول (۸) تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اثربخشی روش مداخله بر متغیرهای وابسته زنان مبتلا به ام اس در گروه‌های مورد مطالعه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۵۲۲/۷۵	۱	۵۲۲/۷۵	۷۴/۴۸	۰/۱۶۶	۰/۰۰۰۱
نگرش ناکارآمد	۱۲۶۴۰/۲۳	۱	۱۲۶۴۰/۲۳	۱۳۷/۱۸	۰/۲۴	۰/۰۰۰۱

نتایج جدول (۸) حاکی از تفاوت معنادار گروه آزمایش و کنترل در هر دو متغیر تاب‌آوری و نگرش ناکارآمد است ( $p < ۰/۰۰۰$ ). همانطور که الف) روش درمان شناختی رفتاری مذهب محور موجب افزایش تاب‌آوری در آزمودنی‌های مورد آزمایش شده است ( $F=۷۴/۴۸$ ).

( $P < 0/05$ )، بنابراین روش درمان‌شناختی رفتاری مذهب محور موجب کاهش نگرش‌های ناکارآمد در آزمودنی‌های مورد آزمایش شده است ( $F=37/18, P < 0/05$ ).

### بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌شناختی-رفتاری مذهب محور بر نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری زنان مبتلا به ام‌اس بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور بر هر دو متغیر پژوهش یعنی نگرش‌های ناکارآمد و تاب‌آوری مؤثر بوده و باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد گروه و افزایش تاب‌آوری آن شده است. نتایج به دست آمده از آزمون این فرضیه‌ها با پژوهش‌های کوسزیسکی و همکاران (۲۰۱۰)، باررا و همکاران (۲۰۱۲)، ویسمن و همکاران (۲۰۱۰)، دلگادو گوی و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، گیرینگ و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، راسیک، بلیکا، الیاسب و کاتزا<sup>۳</sup> (۲۰۱۱)، باج، براباکر، مقانی، برونر و ییگر<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)، ماهایاتی، هپی و هپی<sup>۵</sup> (۲۰۱۸)، زرگانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ شریفی ریگی و همکاران (۱۳۹۷)؛ محامد و سلیمان (۲۰۱۷)؛ رضایی (۱۳۹۶)، حمید و کاویانی بروجنی (۱۳۹۵)، شاهسوند بغدادی و جونکی (۱۳۹۴)، تقی‌زاده و میرعلایی (۱۳۹۲)، مولایی، جانی، علیلو و پوراسماعیلی (۱۳۹۴)، کاویانی و همکاران (۱۳۹۲ و ۱۳۹۳)، محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، آقاعلی، زندی‌پور و احمدی (۱۳۹۰)، زاده‌وش و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. پژوهش‌ها نشان دادند که معنویت و مذهب موجب القاء امیدواری، هدف و معنی در زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌شود و انسجام اجتماعی را افزایش می‌دهد. علائم عمومی روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی و حساسیت بین فردی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. این بیماران با نگرش مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای پرهیز می‌کنند. در واقع، مذهب می‌تواند کنار آمدن با بیماری را تسهیل کند (شاه و همکاران، ۲۰۱۱؛ پرود و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از مولایی و همکاران، ۱۳۹۴). بیماران دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. در مواجهه با

1- Delgado Guay et al

2- Greaing

3- Rascicc, Belkia, Eliasb & Katza

4- Bai, Brubaker, Meghani, Bruner & Yeager

5- Mahayati, Happy & Happy

رویدادهای رنج‌زای زندگی، پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند. درد روان‌شناختی و کیفیت زندگی پایین این بیماران به‌طور معناداری با باورهای معنوی بسیار پایین ارتباط داشته است (گیرینگ و همکاران، ۲۰۱۱) دلگادو گوی و همکاران، (۲۰۱۱). اعمال مذهبی سازمان‌یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تأمین می‌کند. عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به‌عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، اضطراب و استرس زندگی را کم کنند و کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله ام‌اس و سرطان افزایش دهند (راسیک و همکاران، ۲۰۱۱). هر چه جهت‌گیری مذهبی در افراد بالاتر باشد میزان مشکلات روانی در آن‌ها و حتی نشانگان بدنی آن‌ها کاهش خواهد یافت. با توجه به فشار روانی که بر زنان مبتلا به ام‌اس وارد می‌شود نتایج پژوهش شاهسون و همکاران (۱۳۹۴) نشان می‌دهد که در واقع معنویت به‌عنوان عامل حفظ سلامت و مقابله‌ای مؤثر مورد تأکید است و می‌توان از این متغیر به‌عنوان ابزاری در جهت مقاوم‌سازی هر چه بیشتر این افراد در برابر ناملایمات زندگی استفاده کرد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بین تعالی معنوی و تاب‌آوری دانشجویان رابطه وجود دارد (هاشمی و جوکار، ۱۳۹۰) باج و همکاران (۲۰۱۸)، نشان دادند که معنویت با کاهش درد و عوارض پایین‌تر در بیماران مبتلا به سرطان همراه بوده و همچنین معنویت به‌عنوان یک عامل محافظ همه‌جانبه از لحاظ اجتماعی، عاطفی و حوزه‌های کارکردی بوده و از آن‌ها در برابر بیماری سرطان محافظت می‌کند. ماهایاتی و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که معنویت نقش کمک‌کننده در امیدبخشی به نوجوانان و جوانان در خصوص بیماری سرطان داشته و به آن‌ها در غلبه به مشکلات وجودی در رویارویی با بیماری سرطان کمک‌کننده بوده است. همچنین معتقدند که پرداختن به معنویات برای پرستاران از جهت رسیدگی به نیازهای روحی نوجوانان مبتلا به سرطان لازم است؛ این کار به این نوجوانان کمک می‌کند تا شرایط خود را با لطف و فروتنی بیشتری بپذیرند. برقراری ارتباط معنوی با یگانه قدرت بی‌انتها به فرد این اطمینان را می‌بخشد که نیرویی قوی حامی و پشتیبان اوست. از این روی فرد، رویدادها و پستی و بلندی‌های زندگی را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر طی کرده و کمتر دستخوش اضطراب و استرس شده و به تبع آن نسبت به آینده امیدوارتر و خوش‌بین‌تر خواهد بود

(عسگری و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین قدرت فزاینده دین در تعدیل بحران‌های زندگی امری است انکارناپذیر که در تحقیقات متعدد نیز به اثبات رسیده است. الیس<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) و آدلر<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)، به نقل از کاویانی و همکاران، (۱۳۹۳)، نشان داده‌اند که دین به معنای وسیع کلمه می‌تواند بحران‌های شدید و ناملازمات زندگی را تعدیل نماید. همچنین آنها ارتباط مثبت و معناداری را بین مذهب، سلامت روان و تاب‌آوری نشان داده‌اند که این نتایج توسط پژوهشگرانی چون (مدنی و همکاران، ۱۳۹۵؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ تقی‌زاده و میرعلایی، ۱۳۹۲) نیز اثبات شده است. درمان ترکیبی شناختی - رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت، باعث کاهش علائم بارز اختلال اضطراب سالمندان از قبیل نگرانی و نفع ثانویه ناشی از این اختلال درگروه آزمایش شده و بهبودی ناشی از درمان در مدت ۶ ماه نیز تداوم داشته است (باررا و همکاران، ۲۰۱۲)، کارآمدی مداخلات مبتنی بر معنویت در درمان اختلال اضطراب منتشر، بسیار بالا بوده، و کاهش معنادار، نگرانی و علائم اختلال اضطرابی در مبتلایان را به همراه داشته است (کوسزیسکی و همکاران، ۲۰۱۰)، شناخت درمانی مذهب محور در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و حساسیت بین فردی موثر واقع شده و می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود (محمودعلیلو و همکاران، ۱۳۹۴)، درمان شناختی رفتاری مذهب محور باعث افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد در زوجین شده (کاویانی و همکاران، ۱۳۹۲)، حتی تأثیر آن از روان‌درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک نیز بیشتر بوده است (مجاهد، کلانتری، مولوی، نشاط دوست و بخشانی، ۱۳۸۸، به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۳) و به‌عنوان یک رویکرد درمانی تکمیلی و جامع در مقایسه با روان‌درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک کاهش بیشتر افسردگی را در بر داشته است (حمید، ۱۳۹۰؛ به نقل از کاویانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در مجموع یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخش بودن شناخت درمانی مذهب محور در افزایش تاب‌آوری و کاهش نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به ام اس بود. درمان مذهب محور می‌تواند موجب کاهش استرس ایجاد شده به‌دنبال تشخیص و درمان‌های رایج بیماری

1- Ellis  
2- Adler

ام اس گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده‌ای داشته باشد. بنابراین، با توجه به رنج و عذاب زیادی که این بیماران در زمینه‌های مختلف تجربه می‌کنند برای کاهش و درمان مشکلات روان شناختی متعددی که این بیماران دارند می‌توان از رویکردهای روان درمانی مختلف بخصوص درمان‌های مذهب محور به عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های پزشکی استفاده کرد. به ویژه در جامعه ایرانی که مذهب و معنویت جایگاه ویژه‌ای در بین مردم دارد. همچنین با توجه به تعداد معدود مطالعات در زمینه این پژوهش، پژوهشگران می‌توانند نقش مذهب و معنویت در درمان عوامل متعدد در بیماران صعب‌العلاج به خصوص بیماری ام‌اس را مد نظر قرار دهند.

## منابع

- آقاعلی، فاطمه؛ زندی‌پور، طیبه؛ احمدی، محمدرضا (۱۳۹۰). مطالعه تأثیر مشاوره گروهی شناختی - رفتاری با تأکید بر اندیشه‌های معنوی در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس استان قم، روان-شناسی و دین، ۴(۱)، ۵۴-۳۷.
- تقی‌زاده، محمداحسان؛ میرعلایی، مرضیه‌السادات (۱۳۹۲). مطالعه اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اصفهان، فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۲(۲)، ۸۲-۱۰۲.
- حسینی قمی، طیبه؛ سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۹۰). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و تاب‌آوری در بین مادران فرزندان مبتلا به بیماری، روان‌شناسی و دین، ۴(۳)، ۸۲-۶۹.
- حسینی قمی، طاهره؛ سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سطح کیفیت مادران دارای فرزند ۱۰ تا ۱۳ سال مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی، مطالعات بالینی، ۱(۱)، ۱۰۰-۷۷.
- حمید، نجمه؛ کاویانی بروجنی، اکرم (۱۳۹۵). اثر روان درمانی شناختی رفتاری مذهب محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، مجله علمی دانشگاه پزشکی گرگان، ۱۸(۲): ۷۶-۶۹.
- حمید، نجمه؛ ویسی، شوبو؛ سجادی، فاطمه (۱۳۹۲). اثربخشی خانواده درمانی با الگوی شناختی - رفتاری مذهب محور بر عملکرد خانواده بر سازگاری و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان، روان‌شناسی دین، ۶(۲): ۵۲-۳۹.
- رحیمی، چنگیز (۱۳۸۹). اعتقادات مذهبی، سلامت روان و رفتارهای پر خطر در دانشجویان، مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه شاهد، ۱۲۹-۱۲۸.
- رضایی، جواد (۱۳۹۶). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری با تأکید بر باورهای معنوی اسلام محور در افزایش معنویت و سلامت روان بیماران ام اس، مطالعه موردی استان مرکزی، فصلنامه سبک زندگی اسلامی، ۲(۱): ۱۲-۶.
- زرگانی، امین؛ نصیری، مرتضی؛ حکمت، خدیجه؛ عباس‌پور، زهرا؛ وحایی، شیما (۲۰۱۸). بررسی رابطه دینی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه، مطالعه مسلمانان ایرانی، اوربجینال آر تیکل، ۵(۲): ۲۲۲-۲۱۷.

زادهوش، سمیه؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ کلاتری، مهرداد؛ رسولزاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی، خانواده‌پژوهی، ۷(۲۵): ۶۸-۵۵.

سلیمانی، اسماعیل؛ تاج‌الدینی، امراه (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی بر ابعاد خستگی روانی در بیماران مبتلا به ام اس: یک مطالعه موردی، مجله روان‌شناسی بالینی. ۸(۳)، ۲۱-۱۳.

شاهسوند بغدادی، طیبه؛ طاووسی جونکی، سیما (۱۳۹۳). ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در زنان مبتلا به ام اس، کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، ۱-۶.

شریفی ریگی، علی؛ مرعشی، علی؛ حمید، نجمه (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مذهبی معنوی با تأکید بر دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده بر نگرش به بیماری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۶(۲): ۹۱-۸۱.

عسگری، محبوبه؛ نوروزی، محدثه؛ رادمهر، حامد؛ محمدی، حسن (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش سلامت معنوی بر امیدواری و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس)، مجله پژوهش در دین، ۳(۳): ۱۷-۵.

کاویانی، زینب؛ نجمه، حمید و عنایتی، میرصلاح الدین (۱۳۹۲)، تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب آوری زوجین، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸(۳۲): ۴۳-۲۵.

کاویانی، زینب؛ نجمه، حمید و عنایتی، میرصلاح‌الدین (۱۳۹۳)، تأثیر درمان شناختی رفتاری مذهب محور بر تاب‌آوری زوجین، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۵(۳): ۴۳-۲۵.

محمدی‌زاده، عاطفه؛ عسگری‌زاده، قاسم؛ باقری، مسعود (۱۳۹۵). رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به ام اس، مجله دین و سلامت، ۴(۲): ۲۸-۲۱.

مولایی، مهری؛ جانی، ستاره؛ محمودعلیلو، مجید؛ پوراسمعیلی، اصغر (۱۳۹۴). کارآمدی شناخت‌درمانی مذهب محور بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، روان‌شناسی و دین، ۸(۱)، ۲۴-۵.

میرهاشمی، مالک؛ نجفی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر تاب‌آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۴(۳): ۲۰۵-۱۹۱.

هاشمی، لیلا؛ جوکار، بهرام (۱۳۹۰). رابطه بین تعالی معنوی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه دانشجویی دکتری دانشگاه شیراز. مطالعات روان‌شناسی تربیتی، ۸(۱۳): ۱۴۲-۱۲۳.

یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز؛ محمدزاده، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان‌شناختی - رفتاری و روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۲)، ۹۹-۱۰۷.

Bai, J, Brubaker, A, Meghani SH, Bruner, DW, Yeager, KA. (2018). Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain, *Journal of Pain and Symptom Management*.

Barrera, T.L., Zeno, D., Bush, A.L., Barber, C.R., & Stanley, M.A. (2012). Integrating religion and pirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(2): 346-358.

Delgado-Guay, M.O., Hui, D., Parsons, H.A., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, E. (2011). Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 41(6), 986-994.

Feeney, J. (2012). Physical disability and psychological distress in (MS): The role of illness representations and experiential avoidance (*Doctoral dissertation, Cardiff: Cardiff University*).

Friedman, M.J., (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *J. Trauma. Stress* 26, 548-556.

Gearing, R.E., Alonzo, D., Smolak, A., McHugh, K., Harmon, S., & Baldwin, S. (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia research*, 126(1-3), 150-163.

Kézdy, A., Martos, T., Boland, V. & Horváth, K. (2010). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The association with religious attitudes. *Journal of Adolescence*; 11, 1-9.

Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J.A. (2010). Multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol*; 66(4), 430-41.

Kennedy, G.A, Macnab, F.A. & Ross, J.J. (2015). *The effectiveness of spiritual religious interventions in psychotherapy and counseling: a review of the recent literature*. Melbourne: PACFA.

Meyers, A.D.S.W. (2011). *Understanding developmental consequences through object relations, family systems, and resiliency theories*. City University of New york, 256page.



- 
- Mohamed Ng GC, Sulaiman S, AH, NZ Z. (2017). Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *J Relig Health*. 56(2), 575-90.
- Mahmoudi Alami Gh, Nasiri A, Neaz Azeri K. (2007). Mental health in MS patients in mazandaran province [MADissertation]. Sari: Islamic Azad University, Sari Branch.
- Mahayati, A. Sembiring, L\* and H Happy. (2018). Spirituality in adolescents with cancer, *Enferm Clin*; 28(Supl 1 Part A), 31-35.
- Peteet, J.R, (2012). Spiritually integrated treatment of depression: A conceptual framework, *Depression Research and Treatment*, (Article ID 124370), 1-6. doi: 10.1155/124370.
- Petrie, K.J, Myrtveit, Solbjorg Makalani, Partridge, Ann, H: Stephens, Melika. (2015). The Relationship between the belief in a genetic cause for breast cancer and bilateral mastectomy. *Health psychology*, 34(5), 473-476.
- Rasic, D., Robinson, J.A., Bolton, J., Bienvenu, O.J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of psychiatric research*, 45(6), 848-854.
- Weisman, A.G.; Tuchman, N. & Duarte, E.A. (2010). Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*; 17, 348-357.
- Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). 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*, 22, 9- 17.