مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره ۱، فروردین ۱۴۰۲ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثردرمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس

فاطمه مقصودلو: دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

غلامرضا ثناگوی محرر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (* نویسنده مسئول) Reza.sanagoo@gmail.com

محمودشیرازی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ام اس از شایعترین بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری باعث ایجاد اختلالات روانی متعددی در افراد می‌گردد که در میان آن‌ها افکار اضطرابی و عدم امید به زندگی از شیوع بالایی برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف اثر درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس در شهر تهران انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس عضو شهر تهران را تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱ و نیم ساعته در معرض درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند و برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای انجام نگرفت. ابزار پژوهش شامل مقیاس امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، و مقیاس افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) بود. در این پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری و تک متغیری، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شده است.

یافته‌ها: یافته نشان می‌دهد که فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس و اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس تأیید شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اثردرمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس در شهر تهران بود. (۰/۰۰۱)،وبه نقش و اثردرمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی و امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس تاکید شد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،

افکار اضطرابی،

امید به زندگی،

زنان، ام اس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۱/۱۹

شیوه استناد به این مقاله:

Maghsoudloo F, Sanagouye Moharer G, Shirazi M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Anxiety Thoughts and Life Expectancy in Women with MS. Razi J Med Sci. 2023;30(1): 206-221.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Razi Journal of Medical Sciences. 2023;30(1):206-221. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Anxiety Thoughts and Life Expectancy in Women with MS

Fateme Maghsoudloo: PhD Student, Psychology Department, Islamic Azad University, Zahedan,Iran
Gholamreza Sanagouye Moharer: Assistant Professor, Psychology Department, Islamic Azad University, Zahedan,Iran
(* Correspoding author) Reza.sanagoo@gmail.com
Mahloud Shirazi: Associate Professor, Psychology Department, Sistan and Balouchestan Univeraity, Zahedan, Iran

Abstract

Background & Aims: Multiple Sclerosis or MS is one of the most common chronic diseases of the central nervous system, which causes physical changes in the body and limits the performance of patients. Multiple sclerosis or M. S. is one of the most common degenerative diseases of the central nervous system, which leads to this disease being the most common cause of disability in adolescents. This disease leads to many mental disorders in people, among which anxiety thoughts and lack of hope for life and future are more than other negative consequences of this disease. Also, among the complications of this disease, it can be mentioned that the person's performance drops, which affects the way patients play their personal and social roles in their lives. On the other hand, research results show that patients with chronic debilitating diseases such as MS also face other specific problems related to their disease.

These problems increase secondary complications and limit independent life and have negative and destructive consequences on patients' lives. This disease and similar chronic debilitating diseases lead to a decrease in the quality of life of patients and create a background for their depression. Depression in these patients generally appears with aggression, irritability, anxiety, sociability, and specific reluctance. Depression is a motivating factor for the deterioration of the patients' disease, and the presence of depression in these people causes biological changes for the patients. Depression in these patients is accompanied by chronic fatigue, reduced quality of life and reduced results of drug treatments. Therefore, knowing the factors related to depression in these patients is one of the most important mental health factors and a productive factor in the disease process. On the other hand, research results show that the prevalence of MS in women is much higher than in men. Research results show that the prevalence of MS in women is 2 to 3 times higher than in men, and this rate is in the age range of 20 to 40 years. Life expectancy is one of the key indicators of human development, which is influenced by factors such as income, education, health and nutrition, and can help patients with chronic and debilitating diseases such as MS in better treatment of their disease. Therefore, the aim of this research is to investigate the effect of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety thoughts and life expectancy of women with MS living in Tehran.

Methods: The current research can be classified from different dimensions. This research is a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group and using the selection of test and control group subjects. The method of collecting information was library (using books, theses, publications, reliable internet sites, using information) and the method of collecting information was field and questionnaire. The statistical population of the current study includes all women with MS living in Tehran who are members of the MS Association of this city. The sample of the present study was based on the purposeful sampling method and included 30 people with this disease who were randomly divided into two experimental groups including 15 respondents and 15 controls. The collected data are related to the year 2019. The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy for 8 1.5-hour sessions, which was not done for the control group. The current research tools include the hope scale of Schneider et al. (1991), which includes the THS Trait Hope Scale (1991), the CHS Children's Hope Scale (1993), the SHS State Hope Scale (1996), and the Wells Anxiety

Keywords
Cognitive behavioral therapy,
Anxious Thoughts,
Life Expectancy,
Women,
MS

Received: 05/02/2023
Published: 08/04/2023

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Thinking Scale (1994). Also, Wells' Anxious Thoughts Scale (1994) is a multidimensional tool for assessing worries. The content of this questionnaire was obtained from interviews with patients with generalized anxiety disorder and panic disorder. The analysis method in this research was based on multivariate and univariate covariance analysis as well as variance analysis with repeated measurements.

Results: The results of the current research, which were obtained from different age groups; So that it includes 20% of the respondents in the age group of 20 to 30 years, 46.67% in the age group of 31 to 40 years, 20% in the age group of 41 to 50 years and 13.33% in the age group of 51 to 60 years. and also, 13.33% of subjects in the control group are in the age group of 20 to 30 years, 40% in the age group of 31 to 40 years, 20% in the age group of 41 to 50 years and 26.67% of the subjects in age group are 51 to 60 years old, it shows that the effect of cognitive behavioral therapy is effective in reducing anxiety thoughts and life expectancy in women with MS, a member of the Tehran MS Association, and cognitive behavioral therapy can reduce the negative and destructive consequences of MS. improve S in these patients. . heal and provide the basis for improving their quality of life. In other words, the application of cognitive-behavioral treatment methods based on cognitive strategies in challenging thoughts and inefficient cognitive and behavioral systems through skill training can be effective in improving the life expectancy of women with MS. Cognitive behavioral therapy with the mechanisms it brings is effective in reducing anxiety thoughts and increasing people's life expectancy. In fact, the key concept in the effectiveness of cognitive behavioral therapy and its more positive effectiveness than drug therapy is improving anxious thoughts and increasing life expectancy in accepting reality and responsibility for what has happened and the change that should occur. Although these people feel better by taking the drug due to the change in the chemical process related to brain neurotransmitters, they do not consider themselves responsible for this phenomenon. Also, tasks such as functional analysis, skill training and a feeling of mastery and empowerment are created in people, which are effective in increasing the motivation of treatment or at least continuity in treatment and avoiding irrelevant thoughts such as rumination. Therefore, it can be expected that cognitive-behavioral therapy has been able to increase the life expectancy of women with MS. The assumption of the normality of the distribution of the scores of the experimental and control groups in the variables of anxious thoughts, resilience and life expectancy according to the output results of the software, indicates the verifiability of the results. This means the normality of all data in the pre-test, post-test and follow-up comparison groups. Also, the non-significance of Levin's test in most cases, which is equal to ($P<0.05$), shows that the assumption of homogeneity of variances has been confirmed.

Conclusion: The richness of the present study is that patients with MS. They are prone to other diseases in the field of psychology, which we call multifaceted. Institutions related to the affairs of these patients should always consider the consequences of this disease. Therefore, the results of this research show that patients with MS are more likely to suffer from depression, and suffering from depression along with chronic motion sickness, including MS, can overshadow these patients even more. and this affects the quality of life of these patients. Therefore, focusing on resilience and creating sparks of hope and motivation in these patients can increase their vigor and vitality and facilitate the path of disease control.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Maghsoudloo F, Sanagouye Moharer G, Shirazi M. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Anxiety Thoughts and Life Expectancy in Women with MS. Razi J Med Sci. 2023;30(1): 206-221.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

بیماری مزمن بیماری طولانی مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌گرداند. بیماری مزمن معمولا صعب العلاج است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک نوع بیماری مزمن است. فرضیه کلی درباره ایجاد این بیماری این است که سیستم ایمنی که صدمه دیده قادر به تمیز بین پروتئین های ویروسی و میلین بدن خود فرد نبوده و لذا آنتی بادی‌هایی تولید می‌کند که به بدن حمله می‌کنند. به عبارت دیگر بدن نسبت به خودش حساسیت پیدا می‌کند و این همان حالتی است که خود ایمنی گفته می‌شود (۱،۲). مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس نوعی بیماری پیش رونده و تحلیل برنده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی است، اگر چه نشانه‌های بسیار در خصوص بیماری ام اس وجود دارد ولی علت آن هنوز ناشناخته است. شیوع بیماری‌ام اس در ایران ۴۰ نفر در ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد و همچنین زنان دو تا سه برابر بیش از مردان در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تحت تاثیر این بیماری قرار می‌گیرند (۳)، علی رغم پیشرفت‌های علم پزشکی در سالیان اخیر، در حال حاضر بیماری‌ام اس درمان قطعی و ریشه کن کننده ای نداشته و اغلب درمان‌های موجود، منجر به کاهش علائم و یا کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌شوند، این بیماری همراه تغییرات شخصیتی و شناختی و در کل روانشناختی می‌باشدبیماری مولتیپل اسکلروزیس جزء بیماری‌های شایع تخریب ملینی سیستم عصبی مرکزی می‌باشد و نیز شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی در نوجوانان می‌باشد. که روند رو به افزایش آن در ایران لزوم توجه به مسائل و مشکلات درمانی بیماران را یادآوری می‌کند. عوارض ناشی از بیماری‌ام اس منجر به افت عملکرد فرد شده و در نتیجه بر چگونگی ایفای نقش‌های آنان در زندگی آن‌ها تاثیر شدیدی می‌گذارد (۴). شیوع ام اس در سنین جوانی و با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است. ام اس کسانی را مبتلا می‌سازد که در مرحله مولد زندگی خود قرار دارند و نگران مسئولیت‌های خود هستند. این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به طوری که بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۵).

طبق برخی گزارش ها، بیماران مزمن علاوه بر مشکلات جسمانی، درگیر مشکلات روانشناختی نیز هستند که به نظر می رسد احتمال ابتلای افراد بیمار به این مشکلات بیشتر از جمعیت عمومی باشد، یکی از این مشکلات افکار اضطرابی است. افکار اضطرابی حالت هیجانی است که شامل احساس تنش، نگرانی و عصبی بودن می‌شود. اضطراب به دو نوع تسهیل کننده و ناتوان کننده تقسیم می شود (۶). اگر احساس ترس و بیقراری توسط یک شرایط یا موقعیت خاص در فرد ایجاد شود، این نوع از اضطراب زودگذر و طبیعی است و به همین دلیل اضطراب حالت نامیده می شود که در مقابل اضطراب صفت قرار دارد. اضطراب حالت برای اولین بار توسط اشپیلبرگ معرفی شد. شرایط پرتنش و اضطراب را برای هر فردی روی می دهد. ازاین رو، اضطراب را به عنوان رابطه بین شخص و محیط که توسط شخص به صورت فشارآور و فراتر از توانایی او ارزیابی می‌شود و سلامتی او را به خطر می اندازد تعریف می شود (۷). از طرف دیگر، داشتن امید به زندگی می تواند به بیماران مزمن مانند ام اس در درمان بهتر بیماری آن ها کمک کنند باشد. امید به زندگی در بدو تولد شاخصی کلیدی از توسعه انسانی می باشد که تحت تأثیر عواملی مانند درآمد و تحصیلات، بهداشت و تغذیه قرار دارد. این شاخص می تواند به منظور ارزشیابی خدمات انجام شده مورد استفاده قرار بگیرد (۸). در جنبش جدید روانشناسی مثبت، یکی از مفاهیمی که توانسته است در پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی و جسمانی توجه فزایندهای را به خود جلب نماید مفهوم امید است. در پژوهش های مختلفی رابطه مثبت و معناداری بین سبک زندگی و امید به زندگی با بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس وجود داشت. نتایج مطالعات همچنین نشان دادند که افزایش امید در بهبود کیفیت زندگی، ارتقای سطح خودمراقبتی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به اختلالات جسمی مزمن مؤثر است (۹). درمان شناختی- رفتاری از جمله مداخلاتی است که در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

سال های اخیر در درمان بیماری‌های مزمن پزشکی همچون ام اس به کارگرفته شده است. درمان شناختی- رفتاری یک رویکرد غیردارویی است که می تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به کاهش خستگی در این بیماران مورد توجه قرار گیرد (۱۰). این رویکرد به افراد کمک می کند تا به این امر توجه کنند که چگونه اتفاقاتی که برایشان رخ می دهد را ارزیابی می کنند و چگونه این ارزیابی هایشان بر تجاربشان تأثیر می‌گذارد (۱۱). بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش افکار اضطرابی، افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس در شهر تهران است.

روش کار

رویکرد شناختی- رفتاری چنان که از نام آن بر می آید، بر روی باورها و رفتارهای مشکل ساز متمرکز می شود و نشان می دهد که چگونه این باورها و رفتارها در ایجاد مشکلات روان شناختی نقش داشته اند و بسیار مهم تر از آن چه طور موجب تداوم این مشکلات، در طول زمان شده اند. درمان، موجب تغییر این رفتارها و باورهای مشکل ساز می شود. درمانگران و محققین شناختی- رفتاری، از قبل الگو هایی برای درک و شناختن مشکلات و اختلالات خاص تهیه کرده اند و این الگوها، نقشه ای برای تعیین مسیر درمان در اختیار ما قرار می دهند. این الگوها به درمانگران و مراجعین کمک می کند که متوجه شوند علائم مختلف بیماری ها، به چه نحو در کنار هم قرار می گیرند و به کمک این اطلاعات، تشخیص دهند که چه تغییراتی برای بهبود این علائم، بایستی صورت گیرد. شناخت درمانی بر پایه الگوی شناختی ایجاد شده است. طبق الگوی شناختی، تفکر تحریف شده یا ناکارآمد، زمینه ساز تمام اختلالات روان شناسی است. به علاوه تفکر ناکارآمد، تأثیر مهمی بر بروی خلق و رفتار ما دارد. مفهوم کلیدی الگوی شناختی این است که خود وقایع بر روی رفتار ما تأثیر نمی گذارند، بلکه نحوه درک و برداشت ما از وقایع است که بر رفتار ما اثر می گذارد (۱۲). درمان شناختی- رفتاری طی فرایند تحولی خود، اصولی را از ابتدا تاکنون حفظ کرده است. این اصول، باورها و نگرش های درمانگران شناختی- رفتاری درباره اختلالات روانی و شیوه درمان را شکل می دهد و در واقع به منزله یک برنامه راهبردی هستند که تمامی حرکت های درمانی در چارچوب آن‌ها اتفاق می افتند.

انواع درمان شناختی- رفتاری: بر اساس گزارش انجمن روان درمانی شناختی و رفتاری بریتانیا، "روان درمانی شناختی و رفتاری، درمان هایی هستند که مبتنی بر مفاهیم و اصول حاصل از مدل های روان شناختی احساس و رفتار انسان می باشند. این درمان ها شامل طیف وسیعی از رویکرد های درمانی برای اختلالات عاطفی، همراه با زنجیره ای از روان درمانی فردی ساختاری تا موضوعات خودیاری است. انواع خاصی از رویکردهای درمانی وجود دارند که زیرمجموعه درمان شناختی رفتاری CBT هستند، و مرتباً توسط متخصصین سلامت روان مورد استفاده قرار می گیرند. نمونه هایی از این رویکرد ها عبارتند از: رفتار درمانی احساسی عقلانی (REBT)، درمان‌های چند وجهی.

مؤلفه های درمان شناختی- رفتاری: درمان شناختی- رفتاری دارای تکنیک‌های متنوعی است ولی متخصصان عمدتاً از تکنیک‌های زیر استفاده می‌کنند (۱۷). آموزش در مورد اضطراب به درمانجو، تمرین‌های آرمیدگی عضلانی پیشرونده تکنیک‌های تنفس عمیق، به چالش طلبیدن افکار اضطراب انگیز (بازسازی شناختی)،قرار دادن فرد در معرض موقعیت های اضطراب انگیز (تخیلی و واقعی)، طرح های جلوگیری از عود مجدد (مانند جلسات تقویت کننده)پرکاربردترین و بهترین راهنمای درمان شناختی- رفتاری، برنامه مقابله گر کندال (۱۹۹۰) است (۱۳). در این برنامه به مردم می‌آموزد که چگونه با طراحی چندین مهارت روانشناختی در محیط درمانی، فرآیندهای ارزیابی اولیه و ثانویه خود را که ریشه در باورهای غلط آنها در مورد ارزیابی ضعیف از توانایی های خود و سطح بالای موقعیت های تهدیدآمیز دارد، برنامه ریزی کنند. برای مقابله، پالایش فکر کردن در مورد راه حل‌های موجود، سازماندهی مجدد شناختی و جلوگیری از تفکر آرزو و دوری از شناختی و با اصلاح این خودآگاهی، توانایی‌های

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

خود را با توجه به ماهیت موقعیت‌های استرس زا تنظیم کرده و در نهایت (به جای خراش دادن) برای تقویت عزت نفس خود کمک می‌کند. در این برنامه راهبردهای روش شناختی- رفتاری در قالب مجموعه ای موسوم به طرح FEAR ارایه می شوند که فرد می آموزد در هنگام اضطراب از آن استفاده کند (۱۴). چهار حرف طرح FEAR هر یک معرف یک مرحله هستند که در زیر به اختصار توضیح داده می شوند:

- *F (شناسایی احساسات اضطراب)*: در ابتدا فرد باید یاد بگیرد بین احساسات اضطراب یا نگرانی از دیگر احساسات تمایز قایل شود. حالات چهره به عنوان نشانه هایی از احساسات افراد عمل می کنند؛ علاوه بر این بدن افراد نیز در پاسخ به احساسات متفاوت کارهای متفاوتی انجام می دهد. اولین مرحله از طرح FEAR در مدیریت اضطراب برر سی بدن و پر سیدن این سوال از خود است که آیا من عصبی هستم؟ فرد باید در شناسایی نشانه هایی که بدنش به او می فرستد آموزش ببیند. یکی از اولین راهکار هایی که فرد در مدیریت اضطراب یاد می گیرد آرامش بدن است .استرس را می توان با آرامش کاهش داد. آرامش منظم از طریق آموزش دقیق در مورد چگونگی تعدیل استرس در عضلات مختلف و چگونگی استراحت آنها آموزش داده می شود. ترکیب آرامش با آموزش تجسم صحنه های اضطرابی که در هنگام حساسیت زدایی منظم رخ می دهد، هر دو برانگیختگی غیرطبیعی را مهار می کند و پاسخ جدیدی را برای تهویه با محرک های اضطراب گذشته فراهم می‌کند (۱۵).

تکنیک های متنوعی برای آرمیدگی وجود دارد که متداول‌ترین آنها تنفس عمیق و آرمیدگی عضلانی پیشرونده است (۱۶).

- *E (نقش خودگویی اضطرابی)*: مرحله دوم از طرح FEAR برر سی خودگویی های فرد است. در این مرحله که بخش مهمی از برنامه شناختی- رفتاری است، فرد بررسی می کند که آیا انتظار دارد اتفاقات بدی بیافتد. درمانگر با بیمار همکاری می کند تا به آنها در کشف افکار اضطراب خود کمک کند. در این درمان، فرد می‌آموزد که چگونه با سلفی های اضطرابی مقابله کند (مثل، من نمی‌توانم این کار را انجام دهم. من همیشه افتضاح می شوم) با مقابله با سلفی (مثل، بدترین اتفاقی که می‌تواند رخ دهد، من قبلاً آنرا انجام داده‌ام) هنوز هم می توانیم تغییر کنیم. وقتی صحبت از اضطراب داریم، معمولاً به افکار منفی یا مضر می چسبیم، که به این روش تفکر گفته می‌شود .معمول ترین تله های تفکر که ممکن است با اضطراب همراه باشند عبارتند از: تعمیم افراطی، فاجعه آمیز کردن، بدبینی، انتخاب گزینشی، اجتناب کردن، قضاوت عجولانه، ذهن خوانی، بایدها، پیش گویی، کمال گرایی (۱۶).

- *A (نگرش‌ها و اقدامات مفید)*: مرحله سوم در طرح FEAR نگرش ها و اقداماتی هستند که می توانیم برای داشتن احساس بهتر برگزینیم. در این مرحله ، فرد می آموزد که چگونه واکنش ها را اصلاح کند یا حتی اضطراب ایجاد کند. فرد یاد می‌گیرد که برای به چالش کشیدن خود صحبت کردن اضطراب از پرسیدن سؤالاتی بپرسد (مانند این، من کاملاً مطمئن هستم که این اتفاق خواهد افتاد؟ آیا نگران این کمک هستید؟) .نمونه هایی از افکار مخالف عبارتند از: امتحان کردن مهم است؛ هیچ کس کامل نیست؛ همه اشتباه می کنند؛ من قبلاً دوباره این کار را کردم.

- *R (پیامدها و پاداش‌ها)*: مرحله آخر در این پروژه مربوط به جوایز و پاداش ها است .پاداش ها برای تلاش داده می شود حتی اگر کارها طبق برنامه پیش نروند . بعضی اوقات پاداش از دیگران (مانند کسب مدال یا جایزه در یک مسابقه) به دست می آید و بعضی اوقات به خودمان پاداش می دهیم (مثل تماشای فیلم مورد علاقه یا صحبت با یک دوست) در برنامه شناختی- رفتاری پاداش دادن به تلاش و موفقیت جزئی تأکید می شود .جوایز به مردم انگیزه می بخشد .لیستی از جوایز را می توان در ابتدای برنامه با کمک کودک یا نوجوان تهیه کرد و با پیشرفت برنامه به آنها اهدا شد.توجه به این نکته مهم است که کودک یا نوجوان در مواجهه با موقعیت‌های چالش برانگیز دچار اضطراب می شوند. این اضطراب مورد انتظار و سودمند است و این امکان را به کودک یا نوجوان می‌دهد. مجموعه‌ای از مهارتهای آموخته شده را تجربه کنید و موفقیت را

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

تجربه کنید. در تکالیف عملی، فرد برای مدت معینی از وضعیت اضطراب بماند تا دریابد که می تواند وضعیت را اداره کند. کودک با کمک یک درمانگر، به موقعیت‌هایی فکر می کند که کودک یا نوجوان را مضطرب می‌کند و این موارد را بر روی هرم قرار می دهد. به آنها هرم ترس یا نردبان ترس گفته می شود، در جایی که موقعیت‌هایی که باعث اضطراب کمتری می‌شوند در پایین ثبت می‌شوند و موقعیت‌هایی که بیشترین اضطراب را در بالای هرم ایجاد می کنند. در طول برنامه کودک یا نوجوان از هرم بالا می‌رود. نیوث (۲۰۱۲) یک درمانگر شناختی می گوید: "من درمان شناختی-رفتاری را دوست دارم زیرا واقعاً کار می کند" "وقتی شما یک فرزند و خانواده دارید که مایل به همکاری مشترک هستند، دیدن نتایج واقعاً شگفت آور است." طبق گفته نیوت ، دلیل اصلی تأثیر درمان شناختی-رفتاری، مؤلفه "قرار گرفتن در معرض تدریجی" آن است. وی اظهار می دارد اگر مجبور شود همه ابعاد این درمان را رها کند، تنها یک جزء را حفظ خواهد کرد زیرا دقیقاً قلب عامل اضطراب را ضربه می زند (۱۷). قرار گرفتن در معرض تدریجی شامل کمک به کودک است تا ضمن کاهش رفتارهای اجتناب ناپذیر، قدم های کوچکی را به سمت آنچه که می ترسد برداشته باشد. رفتارهای اجتناب کننده رفتارهایی است که کودکان برای کاهش اضطراب از آن استفاده می کنند، گرچه ممکن است اضطراب را به طور موقت کاهش دهد امّا در طولانی مدت اضطراب را افزایش می دهد. در تکنیک قرار گرفتن در معرض شرایط ترسناک، آنها بصورت سلسله مراتبی ترتیب می شوند، به طوری که در ابتدا بیمار در موقعیت هایی قرار می گیرد که کمترین میزان اضطراب را افزایش می دهد و به تدریج با شرایط ترسناک روبرو می شود.

- *اضطراب:* به راحتی می توان متوجه شد که وجود تقاضاهای زیاد و فشارهای دنیای تکنولوژی جدید سبب بالا رفتن اضطراب در بین مردم شده، به طوری که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱ در اقدامی که به بررسی میزان اختلالات روانی در کشورهای مختلف صنعتی پرداخته بود، به این نتیجه رسید که ناراحتی‌های روانی به خصوص اضطراب در کشورهای در حال توسعه، ۳۸/۶ درصد و در کشورهای صنعتی ۸۳/۲ درصد است. اضطراب هشداری برای تهدید برونی یا درونی است و کیفیت نجات دهنده زندگی را دارد. در سطحی پایین تر، اضطراب هشداری برای آسیب بدنی، درد، درماندگی تنبیه احتمالی و ناکام ماندن نیازهای اجتماعی و جسمی، جدائی از افراد محبوب، تهدیدی برای مقام و موقعیت و بالاخره تهدید یکپارچگی و تأمین شخص است (۱۸). با وجود آن که درباره معنا و منابع اضطراب بررسی های نظری فراوانی از نظر فلسفی و روانشناسی وجود داشته است، امّا اغلب این افتخار نصیب فروید می گردد، زیرا تصور می‌کنند که او نخستین کسی است که این پدیده را مورد بررسی قرار داده است. امّا در اصطلاح می توان تعاریف زیر را ارائه نمود:بر اساس دی اس ام، اضطراب هیجاناتی است که با احساس تنش حاصل از افکار نگران و تغییرات جسمانی مانند فشار خون بالا در فرد مبتلا ایجاد می شود. اضطراب عبارت است از واکنش فرد در مقابل یک موقعیت ضربه آمیز، یعنی موقعیتی که زیر تأثیر بالا گرفتن تحریکات اعم از بیرونی یا درونی واقع شده و فرد در مهار کردن آنها ناتوان است . فروید اصطلاح روان آزردگی را به معنای دیگری به کار برد و بر این نکته تأکید کرد که این اختلال از علل جسمانی ناشی نمی شود، بلکه ریشه در اضطراب دارد. بدین معنا، که وقتی خاطرات و امیال سرکوب شده ناهشیار کوشش می کنند تا از سطح ناهشیاری به سطح هشیاری راه یابند، اضطراب و یا دفاع علیه آن قلمداد می شوند. انتقادهای زیادی به این نظریه آمده است. پاره‌ای از مؤلفان، اضطراب را مانند هوش، سازه ای استنباطی می دانند که بر اساس گزارش های فاعلی، رفتارهای اجتنابی و فیزولوژیکی سنجیده می شود. در حالی که هنوز درباره شیوه های سنجش این نشانه های اضطرابی و چگونگی بروز آنها در افراد متفاوت، اتفاق نظر وجود ندارد. از اینجاست که به کار بردن اصطلاح کلی اضطراب، بدون مشخص کردن معنای خاصی از آن برداشت می شد و بالاخره باید گفت که اضطراب را نمی‌توان در قلمرو آنچه تحت عنوان روان آزردگی مشخص می شود، محدود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

کرد، چرا که چنین احساسی نه تنها در افراد بهنجار وجود دارد، بلکه بیماران، روان گسسته هم از این حالت رنج می‌برند، این جنبه گسترده اضطراب نیز مشکلات بیشتری را در راه فراهم کردن ضوابط تشخیصی، ایجاد می‌کند. با توجه به تعریف اضطراب می توان این حالت را مستقیماً در ارتباط با آینده و فاقد یک عامل عینی و مشخص دانست که در عین حال می توان سه جنبه اصلی را در آن مشخص نمود: الف) جنبه فیزیولوژیکی، ب) جنبه حرکتی، ج) جنبه شناختی و روانی.

دیدگاه نظری اضطراب

- *دیدگاه روانکاوی:* فروید در ابتدا معتقد بود که اضطراب در ساخت فیزیولوژیک زیست مایه (لیبیدو) ریشه دارد، امّا بعدها در تعریف مجدد اضطراب آن را هشداری حاکی از وجود خطری در ناخودآگاه دانست. یعنی آن را نتیجه ی تعارضی روانی بین خواسته های ناخودآگاه جنسی یا پرخاشگرانه و تهدیدهای مرتبط با آن ها در فرامن یا سوپرایگو یا جهان خارج تلقی کرد. من در پاسخ به این هشدار، مکانیسم های دفاعی خود را بسیج می کند تا از ورود افکار و احساس های نامقبول به خودآگاه پیشگیری کند. فروید در مقاله ی معروفش «مهارها، علایم و اضطراب» گفته بود. «اضطراب است که موجب واپس زنی می‌شود، در حالی که بیشتر معتقد بودم که بر عکس واپس زنی است که موجب اضطراب می شود». امروزه نیز بسیاری از عصب- زیست شناسان تعداد زیادی از افکار و نظریات اصلی فروید را پیگیری و اثبات می کنند. منبع دیگر اضطراب، اضطراب کودکانه ای است به خاطر ترس مربوط به از دست رفتن محبت یا تأیید یکی از والدین افراد مورد علاقه، نظریه فروید در مورد اضطراب اختگی با مرحله ادیپال رشد در پسربچه ها مرتبط است؛ اضطراب اختگی ترس از والدی، معمولاً پدری انتقام جو ست که می خواهد به دستگاه تناسلی پسرک آسیب برساند یا به هر حال صدمه جسمی دیگری به او وارد کند. در پخته ترین سطح، اضطراب فرامن قرار دارد که آن را به احساس گناه ناشی از دست نیافتن به ملاک‌های درونی شده‌ی رفتار اخلاقی برگرفته از والدین ارتباط می دهند. با مصاحبه‌ی روانپویشی اغلب می توان سطح اصلی اضطراب فرد را معلوم کرد. گاه نیز اضطراب آشکارا به تعارض های متعددی در سطوح گوناگون رشد ارتباط دارد (۱۸).

- *دیدگاه رفتاری:* روان شناسان رفتارگرا، بر نقش رویدادهای خوشایند و سوابق یادگیری فرد، و نیز نقش محیط اجتماعی و بین فردی فعلی به مثابه نیروهای دخیل در رفتار انطباقی و نیز غیر انطباقی و مختل تأکید دارند. الگوی رفتاری بر رفتار قابل مشاهده کودک و عوامل محیطی نگهدارنده ی آن تأکید می کند. به اعتقاد رفتارگرایان، وقتی سایر عوامل مؤثر ثابت است، تفاوت های موجود میان کودکان ناشی از یادگیری است. الگوهای رفتاری بهنجار یا نابهنجار، تا حد زیادی تحت تأثیر محیط فعلی است و تغییر در عوامل محیطی، الگوی رفتاری را تغییر می‌دهد. طبق نظریه های رفتاری، اضطراب، پاسخی شرطی به یک محرک محیطی معین است. در مدل شرطی سازی کلاسیک، دختری که توسط پدری بدرفتار بزرگ شده است به محض دیدن وی ممکن است دچار اضطراب شود. این دختر از طریق تعمیم ممکن است نسبت به همه مردها بی اعتماد شود. در مدل یادگیری اجتماعی کودک ممکن است با تقلید اضطراب موجود در محیط (مانند والدین مضطرب) پاسخ اضطراب بروز دهد. در این نظریه رفتار اجتنابی اگر سطح اضطراب را کاهش دهد تقویت می شود و چنانچه رفتار اجتنابی به طور مکرر و مؤثر موجب کاهش اضطراب گردد به عنوان یک رفتار یادگرفته شده پایدار می ماند. ماوور یک نظریه دو عاملی برای ایجاد و نگهداری هراس ارائه داد. بر طبق این نظریه در آغاز ترس ها از طریق شرطی سازی کلاسیک شکل می گیرند و به دنبال آن فرد می آموزد که با اجتناب و دوری کردن از ترس خود بکاهد. مرحله دوم این فرایند شرطی شدن ابزاری نام دارد، به دلیل این که اجتناب از عامل ترس موجب کاهش اضطراب می شود، پاسخ اجتناب نگهداری شده و بلافاصله تقویت می شود. شمیر- اساکو، انگر و رپی (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نتیجه گرفتند که کودکان مضطرب مادران مضطرب دارند و بر نقش عوامل محیطی تأکید داشتند (۱۸) و همچنین (۱۹) به اثر رویدادهای پر تنش به ویژه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

رو یداد هایی که خارج از کنترل فرد بود ند در بروز اضطراب پی بردند.

دیدگاه شـــناختی: دیدگاه شـــناختی مانند دیدگاه روانکاوی به جریان های درونی به عنوان علل اختلالات اضـــطرابی توجه دارد؛ امّا به جای تأکید بر تمایلات، نیازها، و انگیزه‌ها معتقد اسـت که افراد اطلاعات کسـب کرده را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهند و از آن ها در حل مســـائل زندگی اســـتفاده می کنند. این دیدگاه بر خلاف دیدگاه روانکاوی، که انگیزه‌ها، احســـاســـات و تعارض های پنهان را مورد تأکید قرار می‌دهد، بر جریان‌های ذهنی که به ســـادگی به آگاهی شـــخص می‌آیند، تأکید می ورزد. در دیدگاه شـــناختی کوشـــش می شـــود که از طریق راه هایی که فرد به اطلاعات موجود توجه می‌کند و آن‌ها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهد و به کار می بندد، علت اختلالات اضـــطرابی جســـتجو گردد. دیدگاه شـــناختی به طور کلی به افکار و راه‌های حل مســـئله فعلی شـــخص بیش از تاریخچه‌ی فردی توجه دارد. بدین معنی که تاریخچه ی شـــناختی فرد، نگرش ها و حال و اکنون به عنوان علل اختلالات اضـــطرابی مورد توجه واقع می شـــود. دلارد و میلر (پیشـــگامان یادگیری شـــناختی)، مفاهیم شـــناختی را برای توصـــیف رفتار ناســـازگار به عنوان نقطه اتصـــال تجارب ناخوشـــایند زندگی و اختلالات اضـــطرابی به کار می برند. آنان باور دارند که باید پاســـخ های اکتســـابی خود آگاه فرد را به عنوان ریشـــه های واکنش های اضطرابی فرد مورد توجه قرار داد. با وجودی که دلارد و میلر ترجیح می دهند که رفتار را بر حســـب عادات و یادگیری توصـــیف کنند، امّا بر حل تعارضـــات شـــناختی فرد نیز تأکید دارند. بســـیاری از نظریه پردازان دیدگاه شـــناختی مانند بندورا به خودتنظیمی، یا یادگیری از طریق تقویت درونی، در برابر ظهور و تغییر رفتار به وســـیله ی تقویت خارجی توجه داشـــته اند. آنان علل اختلالات اضـــطرابی را عدم خویشـــتن داری (Self-control) رفتاری دانســـته‌اند. راتر نیز نحوه فکر کردن افراد درباره ی کنترل محیط را به عنوان علل اختلالات اضـــطرابی مورد توجه قرار می‌دهد. راتر کســـانی را که معتقدند می‌توانند بر موقعیت ها تأثیر بگذارند، افراد دارای تمرکز درونی کنترل نامیده است، و کسانی را که باور دارند کنترل کمی بر آن چه بر آنان واقع می‌شـــود دارند، افراد دارای تمرکز بیرونی کنترل نام گذاری کرده اســـت. بدین ترتیب، کســـانی که فکر می‌کنند کنترل کمتری بر محیط اطراف خود دارند بیشـــتر آماده‌ی ابتلا به اختلالات اضـــطرابی هســـتند. آلبرت الیس بر این باور اســـت که رفتار افراد بیش از آن که به شـــرایط عینی بستگی داشته باشد، به دستگاه های اعتقادی و راه های تعبیر و تفســـیر آنان از موقعیت ها ارتباط دارد. او به هیجان‌های شـــدید و رفتارهای اضـــطراب انگیز به عنوان نتایج قابل تغییر افکار می نگرد. الیس می پذیرد که ارزش‌های غلط احتمالاً در کودکی شـــکل گرفته اند، امّا معتقد است که یافتن این که افراد چگونه و از چه طریق این رفتارهای اضـــطرابی را پیدا کرده اند، کمتر از کمک کردن به تغییر افکار آنان نســـبت به موقعیت های فعلی اهمیت دارد. رفته رفته ادراک، شـــناســـایی، توجه، استدلال و قضاوت انسان در شناخت اختلالات نقش مهم تری ایفا می کنند. الگو های شـــناختی تأکید می‌کنند که عملکرد شـــناختی در ناراحتی هیجانی یا رفتاری مؤثر اســـت. ســـوء تعبیر موقعیت‌های اجتماعی تمایل به تفکر منطقی بدون وجود داده‌های کافی، عادت به سرزنش نابجای خود به دلیل بدبیاری‌ها مثال‌هایی از پردازش های شـــناختی غیر کارکردی هســـتند (۲۰). کرسـول، اسـچمرینگ و رپی(۲۰۰۵) نیز در پژوهشـی نشان دادند که کودکان مضطرب و مادرانشان موقعیت های مبهم را بیشتر از کودکان عادی تهدیدآمیز تفسیر کردند و افکار مضـــطرب کننده مانند تهدید و تردید بیشتر پیش بینی کننده‌ی نشانه‌های اضطرابی هستند (۲۱). در این نظریه عقیده بر این اســـت که عامل به وجود آورنده اضطراب با فشار روانی، رویدادها، مشکلات نیستند؛ بلکه تفسیر فرد از رویدادها یا وقایع است که می تواند این مشـــکلات را به دنبال داشـــته باشـــد. یک معتقد است که اضطراب آسیب شناختی ناشی از برآورد اضافی و مکرر خطر در یک یا دو مورد از ابعاد زیر است: ۱- برآورد اضـــافی وقوع رو یداد ترس آور، ۲- برآورد اضافی وخامت یا شدت رویداد ترس آور، ۳- دست کم گرفتن توانایی های خود برای کنار آمدن با مشـــکل، ۴-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

ناچیز شمردن احتمال کمک از سوی شخصی دیگر (۲۲).

- *دیدگاه یادگیری اجتماعی- شناختی:* این نظریه ریشه در رفتارگرایی دارد و به دنبال ناخشنودی از عقاید خشک و ساده انگارانه رفتار گرایی ناب به وجود آمده است. بندورا (۱۹۹۷) معتقد بود که ترس و اضطراب آموختنی هستند امّا برای این یادگیری، ۴ مکانیزم را پیشنهاد نمود. نخست این که وی اظهار می دارد که ترس ها احتمالاً درست به همان ترتیبی که شرح آن گذشت از راه شرطی سازی کلاسیک آموخته می شوند، دو آن که او می گوید تجربه جانشینی (مشاهده افراد دیگری که به خاطر رفتارهایش دچار ناراحتی، تبیه و یا درد می شود) از اهمیت فراوانی برخوردار است به این فرایند سرمشق گیری نیز می گویند. سوم آموزش نمادین است که مراد از آن یادگیری از طریق تعلیم و تربیت، خواندن یا شنیدن مطلوبی را در مورد ترسناک بودن، دردناک بودن یا قدغن بودن برخی چیزهاست. چهارم بندورا می گوید منطق نمادین، عمل بالقوه با اهمیتی در ایجاد اضطراب است. الیس با طرح این موضوع که شماری باورهای غیرمنطقی بنیادی عامل اولیه رنج و ناراحتی آدمی هستند، به گسترش نظریه شناختی پرداخت. الیس عقیده دارد که افراد در صورتی که برای خود اهداف و مقاصدی در نظر گیرند فعالانه به دنبال آن ها بروند رضایت بیشتری از زندگی خود خواهند داشت. باورهای غیرمنطقی به آن دسته از عقایدی گفته می شود که مانع رسیدن فرد به این اهداف می شوند (۲۲).

- *دیدگاه فردمدار:* در این دیدگاه اضطراب علت مشکلات افراد نیست، بلکه پیامد ناراحت کننده ی یک زندگی تجزیه شده است. گرچه اضطراب عاملی است که افراد را به درمان می کشاند، باید با ظرافت به ابراز اضطراب درمانجو توجه کنیم تا دریابیم کدام تجربه های ارگانیزمی برای ورود به آگاهی تهدیدکننده است. درمانگران فردمدار در عمل آثار مختل کننده‌ی اضطراب را در نظر دارند و از این رو، درمانجو را در تجربه‌های عاطفی تهدید کننده غرق نمی کنند، بلکه امکان وقوع تدریجی تجربه‌ی عاطفی اصلاحی را فراهم می‌آورند (۲۳).

دیدگاه میان فردی

در این دیدگاه اضطراب واکنش حالت کودک به سرپیچی از دستورات والد است. اضطراب می تواند به اندازه‌ی وحشت بیش از حد کودکانی که عدم تأیید والدین را تجربه می کنند توانکاه باشد. پیش بینی این که ممکن است والدین تمام نوازش های خود را دریغ کنند می تواند باعث شود که کودک محرومیت روانی را قریب الوقوع بداند. بدیهی است که والد مملو از دستورات است. پس افراد زیادی در این خطر دائمی به سر می برند که اگر مستقیماً طبق امیال انسانی عمل کنند، وحشت سرپیچی از دستورات والدین، آنها را از توان می‌اندازد (۲۳).

امید به زندگی

افزایش طول عمر افراد این توقع را در آنان به وجود آورده است که سال های بیشتری را در سلامت و فعالیت سپری نمایند، به نحوی که این مسئله متصدیان را بر آن داشته است تا واژه امید به زندگی را با مفهوم امیدواری به زندگی سالم «نه به مفهوم نبود بیماری، بلکه به معنی زندگی بدون محدودیت عملکردی» جایگزین نمایند. مسئله جدیدی که امروزه در خصوص کیفیت زندگی مطرح می شود، امیدواری به زندگی است. با این که ایده امید از زمان خلقت آدمی وجود داشته است، بررسی علمی آن در زندگی انسان قدمتی کوتاه دارد و دوران طفولیت خود را می گذارند (۲۴). امید به زندگی در بدو تولد معرف متوسط سال هایی است که انتظار می رود یک نوزاد به دنیا آمده به شرط ثابت ماندن شرایط جاری مرگ و میر، زنده بماند. امید به زندگی را می توان به طور ساده متوسط سال هایی که انتظار می رود یک فرد در یک کشور به آن عمر برسد، تعریف کرد. این شاخص یکی از مهم ترین شاخصه های خلاصه ای بوده که برآیند عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، زیست محیطی و ... است و از آن به عنوان نماگر اصلی سلامت یک جامعه یاد می شود. امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است یا به عبارت دیگر هر عضوی از آن جامعه چند سال می‌تواند توقع حیات داشته باشد. هر چه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبود یابد امید به زندگی افزایش خواهد یافت و از این رو این شاخص یکی از شاخص های سنجش پیشرفت و عقب ماندگی کشورهاست. امید زندگی زنان در همه جوامع چند سال (در کل جهان چهار و نیم سال) بیشتر از مردان است. یکی از نظریه های برخاسته از روان شناسی مثبت گرا نظریه امید است. این نظریه نیز مثل سایر نظریه های جدید با ارائه استدلال اکتشافی نسبت به آن چه شایع است شروع شد. در نتیجه تعاریف جدیدی از امید پا به عرصه علم گذاشت. ابتدا از افراد زیادی خواسته شد تفکرات امیدوارانه خود را بیان کنند، بعد از مصاحبه های غیر رسمی زیاد آشکار شد که افراد به راه های رسیدن به اهداف و انگیزه های زیر بنایی آنها اشاره می کردند. بنابراین این فرایند شامل دو مولفه بود: راه ها و عامل. افکار امیدوارانه عقایدی را نشان می دهند که فرد می تواند از طریق آنها راه های رسیدن به اهداف مورد تمایل را پیدا کند و برای استفاده از آنها برانگیخته شود. همچنین این نظریه امید را به عنوان سائقی برای هیجانات و سلامتی افراد می داند.

هم نظریه امید اسنایدر و هم تعریف امید بر شناخت هایی تأکید می کند که بر اساس افکار هدفدار ساخته شده اند. امید را می توان به عنوان افکار هدفدار تعریف کرد که در آن شخص تفکر راهبردی (توانایی درک شده برای پیدا کردن راهی برای رسیدن به اهداف دلخواه) و تفکر عاملی (انگیزه لازم برای استفاده از آن راه ها) را به کار می برد. معمولاً اعمال بشر هدفدار هستند، ولی اهدافی که به اندازه کافی ارز شمند با شند و هو شیارانه دنبال شوند به عنوان امید شناخته می شوند. اهداف ممکن است کوچک یا بزرگ باشند، و یا بر حسب دسترسی به آن از آسان تا خیلی سخت تغیر کنند.

در نهایت به نظر اسنایدر امید عبارت است از «توانایی درک شده برای تولید راه هایی به سمت اهداف خوشایند، همراه با انگیزه درک شده برای استفاده از آن راه ها تا فرد به هدف مورد نظر برسد». در این چهارچوب دو عاملی، عامل حس کارآمدی (یا قصد و اراده) در حرکت به سمت اهداف فردی و راهبردها به طرح برنامه و راه ها برای دستیابی به اهداف دلخواه برمی گردد (۲۶).

یکی از مؤلفه های نظری امید به زندگی اسنایدر، تفکر راهبردی است.

تفکر راهبردی: برای دستیابی به هدف، افراد باید خودشان را برای ایجاد مسیرهای عملی جهت دستیابی به آنها توانا ببینند. این فرآیند که تفکر راهبردی نامیده می شود، به معنی توانایی درک شده فرد در تولید راه های عملی برای رسیدن اهداف است. این تفکر راهبردی به وسیله اظهارات درونی که شبیه جمله زیر است مشخص می شود: «من راهی برای دستیابی به آن پیدا می کنم». تفکر راهبردی شامل افکاری می شود که فرد قادر است حداقل یک راه و اغلب بیشتر برای رسیدن به اهداف مطلوب پیدا کند. تولید چندین راه هنگام مواجهه با موانع خیلی مهم است و افراد امیدوار خود را برای یافتن راه حل های متناوب توانا می بینند، به عبارت دیگر، افراد امیدوار واقعاً قادر به خلق راه های گوناگون هستند. یکی از ضروریات تفکرامیدوارانه، راه های رسیدن به اهداف مطلوب است، هدف مغز این است که توالی علیّت را پیدا کند (برای مثال A B). تفکر راهبردی توانایی فرد را برای تولید راه های احتمالی رسیدن به هدف مورد استفاده قرار می دهد. این حالت در شکل زیر نشان داده شده است، جائی که هدف مطلوب (B) است و فرد (A) خود را قادر به رسیدن به هدف می‌داند.

از دیگر مؤلفه‌های نظری امید به زندگی اسنایدر، تفکر عاملی است. تفکر عاملی: مولفهٔ انگیزشی در نظریه امید عامل است؛ یعنی «توانایی درک شده فرد در استفاده از راه های مختلف به منظور رسیدن به اهداف مورد نظر». تفکر عاملی شامل افکاری است که هم شروع حرکت در مسیرهای خاص و هم ادامهٔ آن مسیر را در بر می گیرد. معمولاً افراد امیدوار جملاتی را با خود تکرار می کنند، مثلاً «من می توانم این کار را انجام دهم و متوقف نمی شوم». تفکر عاملی در همهٔ افکار هدفدار مهم است امّا در هنگام مواجهه با مشکلات نقش خیلی مهمی دارد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

در این مواقع عامل به مردم کمک می کند تا انگیزه لازم برای به کارگیری راه های جانشین را داشته باشند.

عامل همچنین می تواند ارزیابی شخص را از توانایی خود برای ثابت قدم ماندن تا رسیدن به هدف نشان دهد. تفکر عاملی انگیزهٔ لازم برای تفکر راهبردی و ادامهٔ مسیر را رقم می زند. بنابراین مولفه های راهبردی و عاملی یکدیگر را حمایت می کنند، به طوری که مرتباً بر یکدیگر اثر می گذارند تا فرد به هدف مطلوب برسد. پس این دو، حالت تعاملی دارند. تفکر راهبردی باعث افزایش تفکر عاملی می شود و در نتیجه تفکر راهبردی نیز بیشتر شده و این فرآیند تا دستیابی به هدف ادامه می یابد. امّا همیشه دستیابی به هدف آسان نیست و موانعی در راه رسیدن به هدف به وجود می آید. در بیشتر مواقع مردم خود را برای تولید یک راه به سمت هدف توانا می بینند ولی در هنگام مواجهه با موانع، افراد با نمره امید بالا به چندین راه جایگزین فکر می کنند. همان طور که در شکل زیرنشان داده شده است، فردی که با مانع مواجه می شود باید به فکر یک راه جانشین برای دور زدن مانع باشد. تفکر عاملی وقتی که راه اصلی مسدود است مهم است چون انگیزه لازم برای جستجوی راه های جانشین را فراهم می کند. اشخاص با سطح امید بالاتر موانع را به عنوان چالش تعبیر می کنند و راه های دیگری پیدا می کنند و انگیزش خود را در مسیر جدید به کار می برند. با توجه به موفقیت های کسب شده در هنگام مواجهه با موانع، افراد امیدوار با هیجانات مثبت خود به سمت جلو حرکت می کنند. افراد ناامید گیر می افتند چون راه های جدید را نمی توانند پیدا کنند، در عوض، هیجانات منفی و نشخوار فکری آنها مانع پیگیری اهدافشان می‌شود.

تقوی قراملکی و محب (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی پرداختند. نتایج حاصل از شاخص در صد بهبودی بلانچارد و اسکوارز نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و حساسیت اضطرابی در افراد با نشانه‌های اختلالات اضطرابی تأثیر دارد (۲۷). زنگنه قشلاقی، شایگان منش و بنکداری (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند.. یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمرات متغیرهای اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است. بنابراین، درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان معنادار است (۲۸). صباغ کرمانی، فضیلت پور، موسوی نسب و ابراهیمی میمند (۱۳۹۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر حالات عاطفی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس: یک مطالعه کارآزمایی بالینی پرداختند. یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که سلامت جسمانی و روانی و به طور کلی کیفیت زندگی در گروه MiCBT نسبت به گروه گواه به طور معناداری افزایش و افسردگی، اضطراب و استرس به طور معناداری کاهش یافته است (۲۹). علوی مائده و جبل عاملی (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمانشناختی رفتاری بر کنترل عواطف بیماران ام اس شهر اصفهان انجام داده نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که بین میانگین نمرات کنترل عواطف از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. اورکی و سامی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که در جامعه ام اس ایران دارای پرونده هستند انجام داد نتایج نشان داد که بین میانگین های نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون متغییر های بهزیستی روان شناختی وابعاد روانی کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد (۳۰). شاه نظری و حائری (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر نشخوار ذهنی و اضطراب بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام داده . نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد، گروه درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش معنادار نشخوار ذهنی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

اضطراب بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. یافته ها بعد از یک ماه نیز پایدار بودند (۳۱). پهلوان زاده، عباسی و علی محمدی (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که در ۳۴ بیمار زن بزرگسال انجام دادند آزمودنی های گروه آزمایش یک دور درمان ۲ ماه را دریافت نمودند نتایج تحلیل داده ها نشان داد که درمانی شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با اثربخشی معناداری همراه بود (۳۲).

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل و با استفاده از انتخاب آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی و کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به ام اس عضو انجمن ام اس عضو شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند که دارای پرونده بوده و بیماری آنان توسط ام. آر. آی و پزشک متخصص تشخیص داده شده و نوع بیماری آن‌ها عود کننده – پیشرونده بود. تعداد این بیماران برابر با ۳۰۰ نفر است. مونه پژوهش حاضر به تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای (با استفاده از کتاب‌ها، پایان‌نامه‌ها، فصل‌نامه‌ها، سایت‌های معتبر اینترنتی، بهره‌برداری از اطلاعات) و روش جمع‌آوری داده ها به روش میدانی و پرسشنامه بوده است.که پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر: یکی ازابزارهایی که تاکنون جهت سنجش امید تهیه شده است، مقیاس امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) است که شامل مقیاس ویژگی امید THS (۱۹۹۱)، مقیاس امید کودکان CHS (۱۹۹۳) و مقیاس امید حالت shs (۱۹۹۶) است در این پژوهش از مقیاس ویژگی امید استفاده شد. اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) براساس نظریه‌ی امید، اشنایدر مقیاسی تهیه کردند که امید فرد را به عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً ثابت مورد ارزیابی قرار می دهد این مقیاس درمورد همه‌ی افراد ازجمله بیماران روانی به کار می رود، این مقیاس برای افراد ۱۵ سال و بالاترکاربرد دارد (۲۸). این مقیاس ۱۲ سؤال دارد که دوعامل اصلی تفکرراهیاب (مسیرهای دست یابی به اهداف) وتفکرعامل (اراده برای دست یابی به هدف) را شامل می‌شود. نصیری و جوکار (۱۳۸۷) در تحلیل عاملی این مقیاس به دوعامل اصلی دست یافتند که هر دو بر روی هم ۰/۵۱ از واریانس امید را تعیین می‌کردند. تحلیل عاملی توسط وال و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که دو عامل تفکر عامل و تفکر راهیاب ساختارهای متفاوتی هستند که روی هم ساختارکلی امید را منعکس می‌کنند. مقیاس افکار اضطرابی: این مقیاس توسط ولز (۱۹۹۴) ساخته شده و افکار اضطرابی را در سه مقیاس اضطراب اجتماعی، اضطراب جسمانی و اضطراب نگرانی (فرانگرانی) می‌سنجد. مقیاس افکار اضطرابی ولز (۱۹۹۴) یک ابزار چندبعدی ارزیابی نگرانی ها است. ماده‌های این پرسشنامه از مصاحبه با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پانیک به‌دست آمده است.. روش اجرابه این صورت بوده است پروتکل درمان شناختی-رفتاری:درمان شناختی رفتاری: در پژوهش حاضر از پروتکل ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری (۳۳) تهیه شده است که در ۸ جلسه یک و نیم ساعته ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزار (SPSS) نسخه‌ی ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی فرضیه اول: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. با این اوصاف فرضیه اول مورد تأیید قرار گرفت. این یافته که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

به ام اس مؤثر بود. یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر مؤلفه‌های روان‌شناختی زنان مخصوصاً ام اس از جمله افکار اضطرابی، درمان شناختی-رفتاری است. این که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افکار اضطرابی در زنان مبتلا به ام اس مؤثر می باشد، شاید به این خاطر است که رویکرد شناختی رفتاری موجب شده که آگاهی افراد نسبت به اسناد و باورهای غیر منطقی بالا رود همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب مشکلات آنان شده است، بپردازند. همچنین، در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت و همچنین کمک به افراد در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت زندگی می شود. رمان شناختی-رفتاری باعث می شود که افراد به‌جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت کننده، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی اصلاح کنند و از این راه با حساسیت‌زدائی با آن‌ها کنار بیاید. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش‌های درمان شناختی رفتاری به‌علت سازوکارهای نهفته در آن می‌تواند ضمن کاهش علائم اجتناب، کمک نماید فرد را به برخورد مساله مدار و مستقیم با مشکلات و گزینه ها رهنمون سازد (۳۴).

لذا، می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در زنان می شود. از دلایلی که برای این استنباط می توان آورد این است که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین، همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آنها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می شود و می تواند منجر به کاهش افکار اضطرابی در این زنان شود.

بررسی فرضیه دوم: اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس مؤثر است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. با این اوصاف فرضیه دوم مورد تأیید قرار گرفت. این یافته که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس مؤثر بود، با نتایج پژوهش‌های صباغ کرمانی و همکاران (۱۳۹۹) تا حدودی همخوانی دارد. آن ها در مطالعات خود نشان داد ند که یکی از رویکردهای درمانی مؤثر بر مؤلفه‌های روانشناختی زنان مخصوصاً ام اس از جمله امید به زندگی، درمان شناختی-رفتاری است.

بحث

این که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به ام اس مؤثر می باشد، شاید به این خاطر است که در این روش بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوتی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودکار منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. درمان شناختی- رفتاری می کوشد که درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خود بیمار در یک رشته آزمایش های رفتاری به منظور ارزیابی درستی و نادرستی آن باورها سود برد. بیماران ام اس چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می‌کنند، روز به روز نسبت به موجودیت خود غریبه‌تر می شوند و کمتر اجازه می‌دهند تا تجربیات تازه در ذهنشان رسوخ کند. در نتیجه آن، افکار بدبینانه، وضع ملال انگیز خسته بودن از زندگی، نا امیدی، احساس تنهایی را برای خود به وجود می آورند. از آنجا که بیماران پس از ابتلا به بیماری مزمن مانند ام اس دچار یاس و نومیدی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌شوند و گاه شاید دچار مشکلات روانی شوند، اهمیت روان درمانی برای اینگونه بیماران مشـــخص می‌شـــود. درمانگرانی که کار خود را بر اساس عناصر اصلی درمان شـــناختی رفتاری برنامه ریزی می کنند، آســـان‌تر می‌توانند درمان را با مشـکلات بیماران متناسـب کنند. درمان شـــناختی رفتاری درمانگر و بیمار را ترغیب می‌کند که با هم به صورت یک تیم علمی کار کنند. این امر را در این موضـــوع که درمانگر و بیمار ذهن خود را درباره نقش بالقوه شـــناخت ها و رفتار ها در ایجاد مشـکلات کنونی باز می گذارند، یعنی ارزشـیابی و مرور شواهد، می توان مشاهده کرد. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای درمان مشکلات روانی، با درمان شناختی رفتاری ارتباط دارد (۳۶).

نتیجه‌گیری

با توجه به موارد بیان شده می توان عنوان دا شت که درمان شناختی رفتاری با تکیه بر راهبردهای شناختی در چالش با افکار و سیستم شناختی ناکارآمد و رفتاری به وســـیله مهارت آموزی، می تواند در بهبود امید به زندگی زنان مبتلا به ام اس و تأثیرگذار باشـــد. درمان شـــناختی- رفتاری با مکانیزم‌هایی که به همراه دارد در کاهش افکار اضـــطرابی و افزایش امید به زندگی فرد مؤثر می‌باشـــد. در واقع، مفهوم کلیدی در اثربخشـــی درمان شناختی رفتاری و اثربخشی مثبت تر آن نسبت به دارو درمانی بر بهبود افکار اضـــطرابی و افزایش امید به زندگی در پذیرش واقعیت و مسـئولیت نسـبت به آن چیزی که اتفاق افتاده و تغییری که باید اتفاق بیافتد می باشد. این افراد با مصرف دارو اگر چه به دلیل تغییر در فرآیند شیمیایی مربوط به انتقال دهنده‌های عصبی مغزی در خلق خود احســـاس بهبود می‌کند ولی خود را مسئول این پدیده نمی‌داند؛ همچنان که خود را تکالیفی همچون تحلیل کارکردی، مهارت آموزی، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد که در افزایش انگیزه درمان و یا حداقل ماندگاری در درمان و پرهیز از افکار نامربوط مانند نشـــخوار فکری مؤثر اســـت. لذا، می‌توان انتظار داشـــت که درمان شـــناختی-رفتاری توانسته است که بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به ام اس تأثیرگذار باشد.

References

1. Siegert, RJ. Abernethy, DA.. Depression in multiple sclerosis: a review. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005; 76(4): 469-75.
2. Lukac, J. Depression and cognitive dysfunction in multiple sclerosis: the effect of physical activity. [Thesis].Columbus, OH: Ohio State University. 2011.
3. Abedidni M, Habibi Saravi R, Zarvani A, Farahmand M. Epidemiologic study of multiple sclerosis in Mazandaran, Iran, 2007. J Maz Univ Med Sci. 2008;18(66):82-86.
4. Bishop, M., Shepared, L., & Stenhoff, D.M. . Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. J Rehabil, 2007; 10, 3-12.
5. Murray, L., Cooper, P., Creswell, C., Schofield, E., & Scak, C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. Journal of Child PSYC and Psychiatry and Allied Disciplines, 2007, 48, 45–52.
6. Saif, A. A,; Modern Educational Psychology. Psychology learning and instruction. 2008.
7. Gorgin, B., ataeifard, P., mousavi, S. Survey of the relationship between optimism and heart of Islam, anxious thoughts, Myocardial infarction (Case Study: Heart Center patients Bushehr. Islamic Studies in Health, 2019; 3(2): 45-60.
8. Fisher, M., Nathan, S. D., Hill, Ch., Marshall, J., Dejonckheere, F., Thuresson, P-O. Predicting life expectancy for pirfenidone in idiopathic pulmonary fibrosis. J Manag Care Spec Pharm, 2017; 23 (3), 17-24.
9. Shareh H, Robati Z. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Pain Self-efficacy, Fatigue, Life Expectancy and Depression in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Clinical Trial. IJPCP. 2021; 26 (4) :418-431.
10. Mofidi Tabatabaei N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social adjustment and coping strategies in MS patients in Tehran. JNIP 2020; 5 (9) :1-12
11. Ye, Y., Zhang, Y., Chen, J., et al. Internet-Based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and Depression—A MetaAnalysis of Randomized controlled trials. plos one, 2015, 10(11), 141-149.
12. Ledley DR, Marx BP, Heimberg RG. Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

for new practitioners. Guilford Press; 2011 Mar 17.
13. Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J of the AMER Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007 Feb 1;46(2):267-83.
14. Kendall PC, Suveg C. Treating anxiety disorders in youth. Child and adolescent therapy. 2006; 243-96.
15. Mehrabi Zadeh Honarmand, M.; Kazemian Moghaddam, K. Investigating the effectiveness of regular desensitization method on exam anxiety and academic performance. Applied PSYC, 2007, 2(5).
16. rohi-dehkordi, I. The effectiveness of teaching cognitive emotion regulation strategies on parental stress and marital satisfaction in parents of children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Psychological Methods and Models*, 2021; 12(45): 107-120. doi: 10.30495/jpmm.2021.27488.3335
17. Schwartz C, Waddell C, Barican J, Garland O, Gray-Grant D, Nightingale L. Treating anxiety disorders. J of children's Ment health research. 2012;6.
18. Shamir – Essakow G, Ungere JA, Rapee RM. (2005). Allotment Behavioral Ingibition, And Anxiety in Preschool Children. J of ABn Child PSYc, 33(2): 131-43.
19. Sadocks BJ, Saddocks VA. Sinopsis of Psycholatry (Behavioral Sciences clinical Psychiatry). 2007; 9Th ed.
20. Kendall, P.; Child morbid psychology: childhood disorders. 2019.
21. Creswellc C.,Schemering, CA, and Rapee, RM. Threat Interpretation In Anxious Children And Their Mothers: Comparison With No clinical Children And the Effects Of Treatment. Behave Res Ther. 2005; 43(10): 1375-81.
22. Ganji M, Psychopathology based on DSM-5. Tehran: Savalan. 2013.
23. Prochaska. J. O. Theories of psychotherapy (systems of psychotherapy). 2020.
24. Sanaei, M.; Zardoshtian, S.; Norouzi, R. The effect of physical activities on the quality of life and life expectancy in the elderly of Mazandaran province. Sport Mgmt Studies. 2013. 17(5). 137-157.
25. Bryant FB, Cvengros JA. Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin, or two separate coins? J of Soc and Clin PSYC. 2004 Apr 1;23(2):273-302.
26. Kazemi, M.; Namdari, M. Investigating the relationship between hope and academic progress in Al-Zahra Univ master's students in the academic year 85-86. The fourth nationwide seminar on students' Ment health, 1386.
27. Taghavi Garamaleki, M., Moheb, N. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Rumination, Worry and Anxiety Sensitivity in People with Anxiety Disorders. J of Instruction and Evaluation, 2021; 14(53), 13-29. doi: 10.30495/jinev.2021.683359.
28. Zangane Gheshlaghi, M., Shayegan Manesh, Z., Bankdari, N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety in women with breast cancer. Med J of Mashhad Univ of Medi SCI, 2020; 63(5): -. doi: 10.22038/mjms.2021.1786.
29. Sabagh Kermani L, Fazilat-Pour M, Mousavi-Nasab S M H, Ebrahimi Mimand H. Effectiveness of mindfulness integrated cognitive behavioral therapy on the emotional states and quality of life of patients with multiple sclerosis: A Clin trial study.
30. Koomesh. 2020; 22 (3) :446-451
31. The effect of group Cognitive-Behavioral Therapy on the Obsessive Rumination and Anxiety in patients with Multiple Sclerosis. J of Applied PSYC Res, 2016; 7(1): 155-167. doi: 10.22059/japr.2016.62596
32. Abbasi S, Pahlavanzadeh S, Alimohammadi N. The effect of cognitive behavioral therapy on the severity of fatigue in women with multiple sclerosis: a Randomized Controlled Trial study. J of Clin Nursing and Midwifery 2016; 5 (2) :40-51.
33. Oraki, M., sami, P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Qtly J OF Health PSYC, 2017, 5(20), 34-47.
34. Dattilio F, Birashk B. Cognitive Behavioral Therapy with Couples – Second Part: A Review. Advances in Cognitive Sciences 2006; 8 (3) :71-80
35. Forkmann T, Brakemeier EL, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The effects of mindfulness‐based cognitive therapy and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. J of affective disorders. 2016 Aug 1;200:51-7.
36. Mohammadian akerdi E, Asgari P, Hassanzadeh R, Ahadi H, Naderi F. Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increased Life Expectancy of Male Patients with Gastric Cancer. J Babol Univ Med Sci 2016; 18 (6) :42-46.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]