

اثربخشی درمانگری چند وجهی لازاروس بر ارتقاء سلامت عمومی در بیماران ام اس

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۰

محمود بهرامخانی*، مسعود جان‌بزرگی**، احمد علی‌پور***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمانگری چند وجهی لازاروس بر ارتقاء شاخص‌های سلامت در بیماران مبتلا به ام اس می‌باشد.

روش: جامعه آماری شامل همه بیماران مبتلا به ام اس در شهر قزوین بود. تعدادی از بیماران مذکور به شیوه در دسترس انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (نسخه چهارم)، ۴۰ نفر زن و مرد انتخاب شدند و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) جایگزین شدند. از ۲۰ نفر آزمودنی گروه آزمایش ۱۶ نفر درمان را تکمیل کردند. ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان چند وجهی لازاروس در طی ۳ ماه در گروه آزمایش به صورت گروهی انجام گرفت. تمام آزمودنیها قبل و بعد از درمان و در دوره پیگیری پس از یک ماه پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج حاصل از آزمون مانکوا نشان داد که درمان چند وجهی لازاروس اثر معنی‌داری بر سلامت عمومی دارد. همچنین نتایج آزمون آنکوا نشان داد که درمان چند وجهی به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی شده است اما بر علائم بدنی اثر معنی‌داری نداشت. نتایج ذکر شده در مرحله پیگیری حفظ شده بودند.

نتیجه‌گیری: درمانگری چند وجهی لازاروس می‌تواند سلامت عمومی بیماران مبتلا به ام اس را ارتقاء بخشد.

واژه‌های کلیدی: درمانگری چند وجهی، سلامت عمومی، مولتیپل اسکلروزیس

M.bahramkhani@gmail.com

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

Msjonbozorgi@gmail.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

Alipoor@pnu.ac.ir

*** استاد، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

افسرده ساز در بیماران مذکور پیشنهاد می‌کنند. شیوه‌های شناختی- رفتاری [۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]، برنامه مدیریت تنیدگی^۶ [۱۵، ۱۶]، آموزش آرمیدگی^۷ [۱۷، ۱۸]، آموزش تنیدگی زدایی^۸ [۱۹]، درمان شناختی- رفتاری با استفاده از تلفن [۲۰، ۲۱]، روان درمانی بینش مدار^۹ [۲۲]، درمان حمایتی- بیانی^{۱۰} [۲۳، ۲۴]، ماساژ درمانی^{۱۱} [۲۵] و درمان علامتی و باز توانبخشی عصبی^{۱۲} [۲۶]، از جمله روش‌هایی هستند که در زمینه مشکلات این بیماران انجام یافته‌اند اما با توجه به مفهوم برجسته تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، پذیرش مفهوم زیستی- روانی- اجتماعی سلامت و بیماری‌ها یک فرض اساسی از سلامت مرکب را ایجاد کرده است [۲۷]. بر این اساس در مفهوم سلامت، فرد باید از تمام جنبه‌ها و ابعاد مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به مشکلاتی که این بیماران در ابعاد گوناگون دارند و اثر متقابلی که بین علائم عصب روان‌شناختی در این بیماران وجود دارد، توجه به درمان این بیماران با روی آوردی چند وجهی ضروری است [۲۸]. یکی از شیوه‌های روان درمانگری که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار داده است، درمانگری چند وجهی لازاروس^{۱۳} می‌باشد. این نوع درمانگری به نحو موفقیت آمیزی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات به کار می‌رود [۲۹]. لازاروس معتقد است که شخصیت انسان می‌تواند کاملاً به واسطه هفت بعد (رفتار، عاطفه، دریافت‌های حسی، تصویر پردازی، شناخت، روابط بین فردی و دارو- زیست شناختی) توصیف شود. هر چند این ابعاد جدا توصیف می‌شوند اما واقعا با یکدیگر در تعامل هستند و هر تجربه‌ای که انسان دارد می‌تواند با توجه به یک بعد تبیین شود که در ارتباط با ابعاد دیگر است و اگر تغییری در یک بعد اتفاق افتد بر ابعاد دیگر هم تأثیر می‌گذارد [۳۰]. بر این اساس در این شیوه از درمانگری هفت بعد به طور مجزا اما متعامل با هم، مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و درمان هم چشم اندازی از ارتباط معنی دار این ابعاد با یکدیگر است [۲۹]. از آنجا که درمان

بیماری ام اس یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی و از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان و شایع‌ترین بیماری منجر به ناتوانی در نوجوانان است [۱] و باعث ایجاد اختلال حسی، ضعف، گرفتگی عضلات، اختلال بینایی، اختلال شناختی، خستگی، لرزش اندام‌ها، اختلال در دفع ادرار، مدفوع، عملکرد جنسی، کرختی، تاری دید، دوبینی و اختلال گفتاری در فرد بیمار می‌شود [۲، ۳]. علت بیماری ناشناخته است و این بیماری درمان قطعی ندارد. البته امروزه فرضیه جدیدی که در مورد منشأ سبب شناختی آسیب در ام اس ارائه شده است به نارسایی سیاهرگی مغزی نخاعی اشاره دارد [۴]. در ایران نیز تخمین زده شده است که حداقل بیست هزار نفر به این بیماری مبتلا باشند [۵]. هاوسلیتر^۱، برون^۲، و جاکل^۳ [۶]، اذعان دارند که میلین زدایی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی فاعلی و کیفیت زندگی پایین، و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد [۷]. به نظر می‌رسد که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دو سویه وجود داشته باشد. حوزه‌ای در روان‌شناسی سلامت به نام ایمنی شناسی روانی- عصبی به این موضوع می‌پردازد که چگونه عوامل روان‌شناختی، دستگاه ایمنی را تغییر داده و سرانجام خطر ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد، چگونه افسردگی، درماندگی، ناامیدی، و رویدادهای تنیدگی زای^۴ زندگی با تغییر ایمنی در افراد موجب بیماری می‌شود [۸]. به دلیل این آسیب شناسی روانی، فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان برای بیمارانی که ترکیبی از بیماری پزشکی- عصبی و روان‌پزشکی دارند چالش ویژه‌ای را پیش می‌کشد [۹]. گروه توافقی گلدمن^۵ [۱۰]، مداخلات روان درمانی و روان‌شناختی را برای نشانگان‌های

6- stress Management

7- relaxation

8- stress inoculation training

9- insight-oriented

10- supportive-expressive

11- massage therapy

12- symptomatic therapy and neurorehabilitation

13- Lazarus multimodal therapy

1- Haussleuter

2- Brune

3- Juckel

4- stressful events

5- Goldman

چند وجهی تأثیر بسیار زیادی از درمان‌های شناختی- رفتاری گرفته است، تمام اختلالات قابل درمان با درمان شناختی- رفتاری از طریق درمان چند وجهی نیز درمان می‌شود [۳۱]. یک مطالعه پیگیرانه سه ساله بعد از روان درمانی چند وجهی از بیست مورد پیچیده [برای مثال وسواس- اجبار، گذر هراسی، اضطراب و وحشتزدگی شدید، افسردگی، اعتیاد به الکل و مشکلات زناشویی و خانوادگی] نشان داد که ۱۴ نفر نتایج درمانی را حفظ کردند، ۲ نفر هر از گاه احتیاج به دارو درمانی داشتند و ۳ نفر نیز نتایج کسب شده اولیه را از دست دادند. جان بزرگی [۳۲] تأثیر درمان چند وجهی را با استفاده از گروه گواه بر کاهش اضطراب و تنیدگی بررسی کرد. در این پژوهش درمان چند وجهی به مدت سه ماه در ۱۲ جلسه در گروه آزمایش اجرا شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که سطح اضطراب و تنیدگی آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معنی‌داری کاهش یافته است. در پژوهشی دیگر دباغی، دادستان و ساعتچی [۳۳] اثربخشی درمان چند وجهی و تنش زدایی تدریجی عضلانی را بر کاهش اضطراب مقایسه کردند. در این پژوهش ۲۷ دانش آموز مبتلا به اختلال اضطراب در گستره سنی ۱۴ تا ۱۸ سال در ۲ گروه درمان فوق و یک گروه گواه قرار گرفتند. شیوه‌های درمان ذکر شده در دو گروه درمان، هر کدام در ۱۰ جلسه اجرا شد. نتایج حاصل از ارزیابی‌ها نشان داد که هر دو روش درمان چند وجهی و تنش زدایی تدریجی در کاهش معنی‌دار اضطراب کلی، اضطراب آشکار و حالت اضطرابی مؤثر بوده‌اند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که روش درمان چند وجهی در کاهش عوامل زیربنایی و عمیق مانند صفت اضطرابی، اضطراب پنهان به صورت معنی‌داری مؤثرتر از روش آرامش آموزی تدریجی بوده است. همچنین در پژوهشی دیگر بیایانگرد [۳۴] با استفاده از یک طرح آزمایشی سه گروهی با هدف کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان از درمان چند وجهی به عنوان یکی از متغیرهای مستقل پژوهش استفاده کرد. در این پژوهش ۸۳ نفر از دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان در پنج گروه زیر گنجانده شدند: درمان چند وجهی لازاروس، عقلانی- عاطفی الیس، آرام سازی، دارونما و گروه گواه. بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که بین روش درمان چند وجهی لازاروس و روش

عقلانی- عاطفی الیس تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. روش درمان چند وجهی لازاروس از روش‌های آرام سازی، دارونما و گروه گواه در کاهش اضطراب امتحان به طور معنی‌داری اثربخش‌تر بود. بهرامخانی، علی‌پور و جان‌بزرگی [۳۵] درمان چند وجهی لازاروس را بر کاهش تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به ام اس به کار بردند. نتایج داده‌های این پژوهش نشان داد که درمان چند وجهی به طور معنی‌داری در گروه آزمایش موجب کاهش تنیدگی ادراک شده منفی و افزایش تنیدگی ادراک شده مثبت شده است. در پژوهشی دیگر خضرای و جان‌بزرگی [۳۶] درمانگری چند وجهی را بر کاهش تنیدگی ادراک شده و سلامت عمومی جانبازان مبتلا به استئومیلیت به کار بردند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان چند وجهی موجب کاهش تنیدگی ادراک شده و ارتقاء شاخص‌های سلامت شده است. با این وجود درمان فوق بر سرعت رسوب گلبول‌های قرمز، التهاب پروتئین، التهاب گلبول‌های سفید خون اثر معناداری نداشت. به طور خلاصه روان درمانگری با روی آورد چند وجهی به روش لازاروس، روش جامع و کاملی در روان درمانگری می‌باشد و به دلیل این که بیماری ام اس از جمله بیماری‌هایی است که ابعاد گسترده‌ای از شخصیت انسان را که لازاروس توصیف می‌کند متأثر می‌سازد، فراهم کردن چنین درمانی برای این بیماران، همان طور که بارشادو و رز [۳۷]، اذعان دارند ضروری می‌باشد. از جهت دیگر یک تئوری خوب باید از طریق روش‌های مبتنی بر تجربه آزمون پذیر باشد. تصویر معمول پیشرفت در علم آن است که تئوری‌ها تابع آزمایش شدن و سپس تابع اصلاح تدریجی هستند. در حقیقت تئوری از طریق توالی آزمایش‌ها و تغییرها تا زمانی که تمامی داده‌های موجود را بتواند تا حدی دقیق هدایت کند، تکامل می‌یابد [۳۸]. بر این اساس زمانی که یک تئوری درمانی تدوین می‌شود، اثربخش بودن یا نبودن آن در درمان اختلالات مختلف در زمینه‌های گوناگون از جمله بیماری‌های جسمانی علاج ناپذیر مثل ام اس، در چارچوب پژوهش‌های کنترل شده قابل بررسی است. در نتیجه هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شیوه درمانگری چند وجهی لازاروس بر ارتقاء شاخص‌های سلامت در بیماران

مبتلا به ام اس می‌باشد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنیها: جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس در شهر قزوین بود. تعداد نمونه مورد نظر در حدود ۴۰ آزمودنی (۲۰ نفر گروه آزمایش، ۲۰ نفر گروه کنترل) با توجه به احتمال افت آزمودنی پس از بررسی‌های اولیه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه نمونه به ترتیب ۲۸/۱۹ و ۷/۳۰ می‌باشد. در پایان پژوهش از تعداد ۲۰ نفر آزمودنی گروه آزمایش ۴ نفر به دلایل مشکلات حرکتی در اثر بیماری، وقوع حملات مرتبط با بیماری، انتقال اجباری محل زندگی به شهر دیگر و دلایل شخصی درمان را تکمیل نکردند. معیار ورود به تحقیق کسب نمره بالای ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی و مبتلا بودن به بیماری ام اس بود. معیار خروج از تحقیق نیز، تشخیص اختلال شخصیت، ضد اجتماعی، وسواس، دو قطبی، افراد خشن، پرخاشگر، انحصار طلب، مبتلا به روان‌پریشی، و پارانوئید بود. چون این افراد تحت تأثیر گروه قرار نمی‌گیرند و انرژی گروه را به منظور یک فعالیت مفید تضعیف می‌کنند [۳۹].

ابزار:

سلامت عمومی بیماران با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ارزیابی شد. متن اصلی پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر^۱ در سال ۱۹۷۹ طراحی شده است. این پرسشنامه از نوع مداد-کاغذی است می‌توان برای بررسی سلامت عمومی استفاده کرد. پرسشنامه سلامت عمومی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. نسخه ۲۸ سؤالی این پرسشنامه برای تمام افراد جامعه طراحی شده و دارای ۴ خرده مقیاس (نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی، افسردگی و گرایش به خودکشی) است، که هر کدام ۷ سؤال دارد. روش نمره گذاری به لیکرت است. حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود. بر اساس فراتحلیل پژوهش‌ها متوسط حساسیت پرسشنامه برابر با

۰/۸۴ و متوسط ویژگی آن برابر با ۰/۸۲ است. در چند مطالعه که در ایران انجام یافته است نقطه برش ۲۳ را برای آن گزارش نموده‌اند. ضریب اعتبار^۲ این پرسشنامه با روش همبسته کردن نمره‌های آن با دو پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۵ گزارش شده است. اعتبار^۳ این پرسشنامه نیز بین ۰/۴۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه بر اساس روش لیکرت توسط هومن، ضریب همسانی درونی مربوط به نمرات خام و استاندارد شده بر مبنای آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمده است [به نقل از ۴۰، ۴۱]. از مصاحبه بالینی بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (نسخه چهارم) برای بررسی اختلالات بالینی محور یک و دو جهت غربالگری افراد استفاده شد. با استفاده از این شیوه با هر یک از افراد مصاحبه انفرادی انجام شد. پس از برقراری رابطه و ایجاد احساس راحتی در بیمار، مشکلات اساسی او مورد بررسی قرار گرفت. سپس تاریخچه مشکلات او و سابقه دوران رشد و خانواده او مورد بررسی قرار گرفت. همچنین با استفاده از مصاحبه، وضعیت روانی بیمار نیز بررسی شد. در نهایت بر اساس نظام چند محوری راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (نسخه چهارم) اقدام به تشخیص مشکلات بیماران شد. بر این اساس افرادی که شرایط ورود به این پژوهش را نداشتند با استفاده از این روش از تحقیق کنار گذاشته شدند.

روند اجرای پژوهش: پس از همکاری‌های صمیمانه معاونت درمان قزوین، از بیماران مبتلا به ام اس در شهر به طور داوطلبانه بیشتر از تعداد نمونه مورد نظر دعوت به شرکت در یک جلسه توجیهی شد. در مورد بیماری ام اس و روش‌های درمان آن به ویژه روش‌های روان‌شناختی توضیحاتی داده شد. همچنین در این جلسه روش درمان و اهداف پژوهش حاضر به صورت کلی برای بیماران توضیح داده شد. به دلیل این که برخی از افراد شرایط شرکت در پژوهش را نداشتند و یا متمایل به شرکت در پژوهش نبودند، برای تکمیل گروه نمونه، چنین جلسه‌ای سه بار تکرار شد و هر بار از تعدادی بیمار مبتلا به ام اس متفاوت از کسانی که قبلاً به جلسه آمده بودند دعوت به عمل

2- validity

3- reliability

1- Goldberg and Hillier

انجام گرفت. سپس نیمرخ‌های ابعادی و ساختاری با توجه به ابعاد هفتگانه ترسیم شدند. بر اساس این نیمرخ‌ها مشخص شد که کدام بُعد در مراجعین با اهمیت‌تر و برانگیخته‌تر است. سپس از فنون درمانی (رفتاری، شناختی، عاطفی، حسی، زیست شناختی، تجسمی، بین فردی) برای درمان استفاده شد. بیماران پس از پایان درمان، پرسشنامه سلامت عمومی را مجدداً تکمیل کردند. به مدت یک ماه پس از اتمام آخرین جلسه گروه، آزمودنیها مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره و تحلیل کواریانس یک راهه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از SPSS16 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی مربوط به گروه نمونه شامل تعداد افراد در دو گروه آزمایش و گواه، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، نوع بیماری در جدول ۱ ارائه شده است.

می‌آمد. در پایان این جلسات از افرادی که مایل به شرکت در جلسات بودند پرسشنامه سلامت عمومی اخذ می‌گردید. افرادی که در این پرسشنامه نمره بالای ۲۳ کسب کردند، دعوت به مصاحبه شدند. پس از مصاحبه و غربالگری از بین بیماران ۴۰ نفر به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. قبل از آغاز جلسات اصلی درمان، جلسه‌ای برای گروه آزمایش تشکیل شد و در این جلسه تمام قواعد و قوانین ضروری گروه توضیح داده شد. در این جلسه سعی شد تا حدودی افراد با هم تعامل داشته باشند و با هم صحبت کنند تا اضطراب اولیه ورود به گروه در آنها کاهش یابد. در گروه آزمایش، درمان چند وجهی (۱۲ جلسه) هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. با روش چند وجهی، ارزیابی مشکل افراد و شخصیت آنها در کنار مصاحبه با شیوه لازاروس، با استفاده از پرسشنامه چند بعدی ابعاد هفتگانه (زیست شناختی، شناختی، تجسمی، حسی، عاطفی، رفتاری، بین فردی) در جلسات حضوری

جدول ۱) آماره‌های توصیفی گروه نمونه

شاخص آماری منبع تغییر	سطوح	فراوانی	درصد
گروه	آزمایش	۱۶	۴۴/۴
	گواه	۲۰	۵۵/۶
جنسیت	مرد	۱۹	۵۲/۸
	زن	۱۷	۴۷/۲
وضعیت تأهل	متأهل	۱۷	۴۷/۲
	مجرد	۱۹	۵۲/۸
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۶	۱۶/۷
	دیپلم	۲۰	۵۵/۵
	فوق دیپلم	۱	۲/۸
	لیسانس	۹	۲۵/۰
نوع بیماری ام اس	عودکننده- فروکش کننده	۲۵	۶۹/۵
	پیشرونده ثانوی	۵	۱۳/۹
	دارای علائم خفیف	۶	۱۶/۸

به چشم می‌خورد به طوری که بیش از نیمی از بیماران ام اس از نوع عود کننده- فروکش کننده می‌باشند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس جدول ۱ از نظر نوع بیماری از انواع بیماری ام اس سه نوع در کل جامعه آماری وجود داشت که بیشتر این بیماران از نوع عود کننده- فروکش کننده می‌باشند. این نسبت در گروه نمونه پژوهش حاضر نیز با توجه به جدول ۱

جدول ۲) شاخص‌های آماری مؤلفه‌های سلامت عمومی (n= ۳۶)

شاخص‌ها	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۸/۱۲۵۰	۴/۳۱۸۵۶
		پس آزمون	۴/۱۲۵۰	۲/۹۴۱۰۹
		پیگیری	۴/۳۷۵۰	۲/۶۸۶۰۸
	گواه	پیش آزمون	۷/۴۰۰۰	۳/۱۰۱۷۸
		پس آزمون	۷/۹۵۰۰	۲/۹۱۰۵۱
		پیگیری	۸/۰۰۰	۲/۹۵۵۸۱
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۱۰/۳۷۵۰	۲/۳۳۴۵۲
		پس آزمون	۶/۳۷۵۰	۱/۹۹۵۸۳
		پیگیری	۶/۱۸۷۵	۲/۱۳۶۰۰
	گواه	پیش آزمون	۸/۵۵۰۰	۲/۷۹۹۹۱
		پس آزمون	۸/۵۵۰۰	۲/۸۹۲۳۷
		پیگیری	۸/۵۵۰۰	۲/۷۸۱۰۴
اختلال در عملکرد اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۹/۵۶۲۵	۱/۹۹۸۹۶
		پس آزمون	۶/۴۳۷۵	۲/۶۵۷۵۴
		پیگیری	۶/۲۵۰۰	۲/۳۸۰۴۸
	گواه	پیش آزمون	۹/۰۵۰۰	۳/۱۷۰۱۷
		پس آزمون	۸/۸۵۰۰	۳/۳۴۴۶۷
		پیگیری	۸/۷۵۰۰	۲/۹۱۷۷۳
علائم جسمانی	آزمایش	پیش آزمون	۸/۵۰۰۰	۳/۴۰۵۸۸
		پس آزمون	۸/۱۸۷۵	۳/۱۰۳۰۹
		پیگیری	۸/۳۱۲۵	۳/۰۰۴۸۶
	گواه	پیش آزمون	۷/۵۰۰۰	۴/۱۸۶۴۴
		پس آزمون	۸/۰۰۰۰	۴/۲۰۵۲۶
		پیگیری	۸/۲۰۰۰	۳/۰۹۸۷۸
نمره سلامت عمومی کل	آزمایش	پیش آزمون	۳۶/۶۲۵۰	۸/۵۶۲۵۲
		پس آزمون	۲۵/۱۲۵۰	۷/۹۶۵۵۵
		پیگیری	۲۵/۳۱۲۵	۷/۴۰۰۱۷
	گواه	پیش آزمون	۳۲/۴۰۰۰	۷/۱۱۱۱۵
		پس آزمون	۳۳/۲۵۰۰	۷/۱۷۳۶۰
		پیگیری	۳۳/۵۵۰۰	۷/۰۱۴۸۳

مقایسه گروه‌های مورد مطالعه با توجه به جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات میانگین پیش آزمون گروه آزمایش از نمرات میانگین گروه گواه در مؤلفه‌های سلامت عمومی و نیز در نمره کل سلامت عمومی بالاتر است. در مرحله پس آزمون و پیگیری همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمرات گروه آزمایش در تمام مؤلفه‌های سلامت

عمومی کاهش داشته است. اما در گروه گواه نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت چندانی با هم ندارند. پس از بررسی پیش فرض‌های آزمون کواریانس چند متغیره، این آزمون برای بررسی تفاوت بین دو گروه در سلامت عمومی مورد استفاده قرار گرفت. همان طوری که می‌دانیم یکی از پیش فرض‌های مهم اجرای تحلیل

فوق فراهم می‌باشد. نتایج حاصل از آزمون کواریانس چند متغیره در جدول ۳ ارائه شده است.

کواریانس همگنی ماتریس‌های کواریانس است. نتایج آزمون باکس نشان داد که در مرحله پس آزمون ($P > 0.05$)، $F = 1/672$ و پیگیری ($F = 1/34$, $P > 0.05$) مفروضه

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای مؤلفه‌های سلامت عمومی در مرحله پس آزمون و پیگیری

منابع تغییر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری
مرحله پس آزمون	اثر پیلایبی	۰/۸۶۳	۲۹/۹۱۸	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۱۳۷	۲۹/۹۱۸	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۶/۲۹۸	۲۹/۹۱۸	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۲۹۸	۲۹/۹۱۸	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
مرحله پیگیری	اثر پیلایبی	۰/۷۹۵	۱۸/۴۷۱	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	لامبدای ویلکز	۰/۲۰۵	۱۸/۴۷۱	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۳/۸۸۹	۱۸/۴۷۱	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۸۸۹	۱۸/۴۷۱	۴/۰۰۰	۱۹/۰۰۰

سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ تأیید می‌شود. برای تعیین این که کدام یک از سطوح سلامت عمومی به معنادار بودن نتیجه نهایی کمک کرده است، نتایج حاصل از آزمون مانکوا با استفاده از تحلیل کواریانس (آنکوا) برای هر سطح جداگانه پیگیری شد. برای احتراز از امکان خطای نوع اول تصحیح بن فرونی انجام شد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۴ آمده است.

بر اساس جدول ۳ پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، عامل بین آزمودنیهای گروه (درمان چند وجهی) بر سلامت عمومی در مرحله پس آزمون ($P < 0.001$)، $F = 29/918$ و نیز در مرحله پیگیری ($P < 0.001$)، $F = 18/471$ اثر معنی‌داری دارد. بر این اساس فرض صفر $F = 18/471$ رد می‌شود. به عبارت دیگر این فرضیه که درمان چند وجهی لازاروس باعث افزایش سلامت عمومی می‌شود، در

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مؤلفه‌های سلامت عمومی در مرحله پس آزمون و پیگیری

سطح معناداری	F	درجه آزادی			مرحله	مؤلفه‌های سلامت
		کل	خطا	گروه		
۰/۰۰۰۵	۳۵/۲۷۷	۳۵	۲۲	۱	پس آزمون	افسردگی
۰/۰۰۰۵	۲۳/۰۸۷	۳۵	۲۲	۱	پیگیری	
۰/۰۰۰۵	۲۵/۰۱۹	۳۵	۲۲	۱	پس آزمون	اضطراب
۰/۰۰۰۵	۲۰/۷۴۶	۳۵	۲۲	۱	پیگیری	
۰/۰۱۱	۲/۰۹۸	۳۵	۲۲	۱	پس آزمون	اختلال عملکرد اجتماعی
۰/۰۱۰	۵/۹۲۰	۳۵	۲۲	۱	پیگیری	
۰/۳۰۸	۱/۰۸۹	۳۵	۲۲	۱	پس آزمون	علائم جسمانی
۰/۱۴۷	۲/۲۶۲	۳۵	۲۲	۱	پیگیری	

اضطراب در مرحله پس آزمون ($P < 0.001$)، $F = 25/019$ و پیگیری ($F = 20/746$)، $P < 0.001$ و نیز بر اختلال در عملکرد اجتماعی در مرحله پس آزمون ($F = 2/098$)، $P < 0.05$ و مرحله پیگیری ($F = 5/920$)، $P < 0.05$

بر اساس نتایج حاصل از آزمون آنکوا، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، درمان چند وجهی لازاروس بر افسردگی در مرحله پس آزمون ($P < 0.001$)، $F = 35/277$ و مرحله پیگیری ($P < 0.001$)، $F = 23/087$ ، بر

($F=5/920$, $P<0/01$) اثر معنی‌داری دارد. درمان چند وجهی بر علائم جسمانی اثر معنی‌داری نداشته است. نمرات میانگین تعدیل شده سلامت پیشنهاد می‌کند که گروه درمان در مقایسه با گروه گواه، افسردگی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی کمتری دارند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان چند وجهی لازاروس بر ارتقاء سلامت عمومی در بیماران مبتلا به ام اس بود. با توجه به این هدف دو گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارزیابی شدند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان چند وجهی لازاروس اثر معنی‌داری بر ارتقاء سلامت در بیماران مبتلا به ام اس دارد. بررسی مؤلفه‌های سلامت عمومی نشان داد که درمان چند وجهی به طور معنی‌داری باعث کاهش میزان افسردگی، اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی بیماران شده است. این نتایج به غیر از اختلال در عملکرد اجتماعی پس از یک ماه پیگیری نیز باقی مانده بودند. نتایج پژوهش تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه در علائم بدنی نشان نداد. نتایج پژوهش حاضر مؤثر بودن درمان‌گری‌های یکپارچه و تلفیقی (به ویژه درمان‌گری چند وجهی لازاروس) را در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی و ارتقاء سلامت مورد تأیید قرار می‌دهد. از یافته‌های پژوهش حاضر از زاویه کلی‌تر چنین می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات روان‌درمانی در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. بر این اساس نتایج فوق با نتایج پژوهش‌های قبلی که اثربخشی درمان‌گری چند وجهی را بر مشکلات روان‌شناختی و جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند همسو می‌باشد. به طور مثال، بهرامخانی و همکاران [۳۵] در پژوهش خود نشان دادند که درمان‌گری چند وجهی در کاهش تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. همچنین خضری و جان‌بزرگی [۳۶] مشخص کردند که شیوه درمان‌گری فوق در کاهش مشکلات جانبازان مبتلا به استئومیالیت مؤثر است. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر مبنی بر اثربخش بودن درمان‌گری چند وجهی در درمان مشکلات روان‌شناختی با پژوهش‌های دیگر نیز همسو می‌باشد [۳۲، ۳۳، ۳۴]. در زمینه ارتقاء

سلامت بیماران مبتلا به ام اس با شیوه‌های روان‌شناختی گوناگون، پژوهش‌های بسیاری انجام یافته است. به طوری که نتایج این پژوهش‌ها همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی در بهبود وضعیت روانی بیماران ام اس مؤثر است. به طور مثال، هافس^۱، رایبسون-ویلن^۲، تایلور و هال^۳ [۴۲] در پژوهشی کارآمدی یک روش مداخله خود-مدیریتی تنیدگی بدیع، مبتنی بر نظریه را به صورت گروهی به منظور بهبود تنیدگی و ارتقاء سلامت در میان زنان مبتلا به ناتوانی‌های جسمی از جمله آسیب نخاعی، ام اس و آرتروز بررسی کردند. در این پژوهش ۶۷ زن مبتلا به ناتوانی‌های مذکور به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. گروه آزمایش تحت درمان قرار گرفت. هر دو گروه قبل و بعد از درمان و ۳ ماه دوره پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. تفاوت‌های گروهی در تغییرات ایجاد شده در شاخص‌های تنیدگی ادراک شده و سلامت روان در طول زمان از کارآمدی درمان حمایت کردند. همچنین در دوره پیگیری ۳ ماهه، گروه درمان بهبودی بیشتری در شاخص‌های درد و محدودیت‌های نقش^۴ مرتبط با سلامت جسمی در مقایسه با گروه گواه نشان دادند. تنیدگی ادراک شده به عنوان متغیر تعدیل‌کننده اثر درمان بر سلامت روان مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهشی دیگر مارکث^۵، بوث^۶، هیلیر و کارس^۷ [۴۳] اثربخشی آموزش تنش زدایی تدریجی عضلانی و بازتاب‌شناسی^۸ را بر بیماران ام اس مطالعه کردند. در این پژوهش از یک طرح متقاطع با دوره وقفه ۴ هفته‌ای بین دوره‌های درمان استفاده شد. یک فرم کوتاه ۳۶ سؤالی و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی به وسیله ۵۰ بیمار قبل و بعد از هر دوره ۶ هفته‌ای درمان تکمیل شد. سطوح کورتیزول بزاقی، سیاهه اضطراب حالت^۹، فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و ضربان قلب قبل و بعد از جلسات هفتگی جمع‌آوری شدند. تمام

- 1- Hughes
- 2- Robinson-Whelen
- 3- Taylor and Hall
- 4- role limitations
- 5- Mackereth
- 6- Booth
- 7- Hillier and Caress
- 8- reflexology
- 9- state anxiety

اثربخش میان شیوه‌های مختلف درمانی تأکید دارند بدون این که تفاوت‌های موجود در درمان‌ها را نادیده بگیرند. از طرفی در عصر حاضر گروه دیگری از نظریه پردازان قرار دارند که به دنبال درمان‌های اختصاصی برای اختلالات خاص هستند. هر یک از نظریه پردازان درمانی بر خلاف نتایج پژوهش‌ها تأکید دارند که عوامل اختصاصی شیوه درمانی آنهاست که درمان آنها را اثربخش کرده است. درمانگری چند وجهی، همان طوری که از نام آن پیداست سعی در تلفیق دیدگاه‌های مختلف دارد و همچنین می‌کوشد تا درمان را با مشکلات افراد تطبیق دهد و به تفاوت‌های فردی در درمان توجه شایانی دارد. این نگاه نظام مند به فرد و مشکل او و درمان مشکل به صورت چند وجهی رویکرد نوینی است که مطابقت بیشتری با ماهیت انسان‌ها دارد. همه ما می‌دانیم که انسان تنها از یک بعد تشکیل نشده است پس احتمال رسیدن به نتایج اثربخش در این شیوه از روان درمانی چندین برابر خواهد بود. از طرفی زمانی که درمان در بافت گروه انجام می‌شود ویژگی‌های اثربخش گروه نیز بر اثربخشی درمان‌ها می‌افزاید. در پژوهش حاضر موارد فوق به طور همزمان مورد توجه بوده است. از آنجایی که رویکردهای یکپارچه نگر و تلفیقی با جزمی نگر مخالف هستند در نظریه پردازان و درمان بسیار متواضع و انعطاف پذیر می‌باشند. ما (نویسندگان مقاله حاضر) نیز به تبعیت از یکپارچه نگرها بر نتایج پژوهش‌ها تأکید داریم و در مواردی که درمان مؤثر یا نامؤثر بوده است، نتایج به دست آمده را به عوامل مشترک بین درمان‌ها از جمله ایجاد رابطه، اثرات گروه، تفاهم، اعتقاد به درمان، حمایت، ایجاد بینش و ... نسبت می‌دهیم ولی عوامل اختصاصی درمان چند وجهی را نیز فراموش نمی‌کنیم. همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین توضیح داد، چون تلفیقی نگر فنی^۲، که درمانگری چند وجهی لازاروس نیز یکی از این نوع درمانگری هاست، روی آوردی مبتنی بر تجربه است که از ترکیب کردن بهترین فنون به صورت گزینشی بدون توجه به منشاء نظری شان حمایت می‌کند، و آنها را در یک چنین روشی برای به حداکثر رساندن نتایج درمانی برای مراجعی خاص تا حد ممکن در زمان کوتاه به کار می‌گیرد [۴۶]

شاخص‌های انتخاب شده به جزء ۳ مقیاس از فرم کوتاه ۳۶ سؤالی تغییرات معنی‌داری را نشان دادند. با این وجود به رغم ۴ هفته وقفه اکثر نتایج به سطوح خط پایه پیش از درمان خودشان برنگشتند. مقایسه تغییرات سطوح کورتیزول بزاقی قبل و بعد از درمان از اثرگذاری بازتاب شناسی حمایت کرد. تغییرات معنی‌دار در فشارخون سیستمیک از آموزش تنش زدایی حمایت کرد. در کل اثرات مثبت هر دو درمان در پایان جلسات و در طول ۶ هفته گزارش شد. در یک پژوهش دیگر [۴۴] اثربخشی یک برنامه مداخله‌ای شامل کلاس‌های تغییر سبک زندگی به مدت ۸ هفته، سپس پیگیری ۳ ماهه با تلفن بر رفتارهای سلامتی^۱ و کیفیت زندگی در نمونه ۱۱۳ نفری از زنان مبتلا به ام اس مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل‌های آماری نتایج پژوهش تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، سلامت روان و مقیاس‌های درد نشان داد. بر این اساس داده‌های این پژوهش از اثربخشی روش مداخله مذکور بر بهبود رفتارهای سلامتی و ابعاد کیفیت زندگی برای زنان مبتلا به ام اس حمایت می‌کنند. همچنین غفاری، احمدی، نبوی و معمریان [۴۵] اثربخشی تنش زدایی تدریجی عضلانی را بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی ۶۶ بیمار مبتلا به ام اس بررسی کردند. در این مطالعه نیمه تجربی پس از نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی، نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. در مدت دو ماه تنش زدایی تدریجی عضلانی فقط برای گروه آزمایش آموزش داده شد. میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و تنیدگی قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ولی یک ماه و دو ماه بعد از مداخله این تفاوت بین دو گروه در میانگین نمرات اضطراب و تنیدگی معنی‌دار شد. همچنین تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در سه بار اندازه‌گیری بین دو گروه یافت نشد ولی این تفاوت در میانگین نمرات تنیدگی در سه بار اندازه‌گیری بین دو گروه معنی‌دار بود. همان طوری که می‌دانیم شیوه‌های روان درمانی متعددی در تاریخ روان‌شناسی ابداع گردیده است. گروهی از نظریه پردازان درمانی مانند یکپارچه نگرها بیشتر بر عوامل مشترک

منابع

- 1- Wering DJ, thompson AJ. Improving the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Drugs Today*. 1998; 34: 145-156.
- 2- Guinness MC, Peters S. The diagnosis of multiple sclerosis: peplau, s international relations model in practice. *Rehabil Nurs*. 1999; 24: 30-36.
- 3- Taggart HM. Multiple sclerosis update. *Orthop Nurs*. 1998; 17: 23-29.
- 4- Sunderstorm P, Wahlin A, Ambarki K, Birgander, Eklund A, Malm J. Venous and Cerebrospinal Fluid Flow in Multiple Sclerosis: A Case-Control Study. *Annu Nerol*. 2010; 68(2): 255-259.
- 5- Nabavi M, Poorfarzam SH, Ghasemi H. Epidemiology, clinical course and prognosis of Multiple sclerosis in 203 patients referred to MS clinic of Shahid Mostafa Khomeini hospital of Tehran in 2002. *J Med Fac of Med Sci of Tehran Univ*. 2006; 64(7): 90-97. [Persian].
- 6- Haussleiter IS, Brune M, Juckel G. Review: Psychopathology in multiple sclerosis: diagnosis, prevalence and treatment. *Ther adv Neurol Disord*. 2009; 2(1): 13-29.
- 7- Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29: 141-153.
- 8- Rosenhan DL, Seligman M. *Abnormal Psychology*. Tehran: Savalan; 2003. p. 482. [Persian].
- 9- Buchanan RJ, Schiffer R, Wang S, Stuijbergen A, Chakravorty B, Zhu L. et al. Demographic and disease characteristics of people with multiple sclerosis living in rural and urban areas. *Int J mult scler care*. 2006; 8: 89-97.
- 10- Goldman consensus Group. The Goldman consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Mult sclera*. 2005; 11: 328-337.
- 11- Visschedijk MA, Collette EH. Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis: an exploratory study. *Psychol Rep*. 2004; 95: 735-746.
- 12- Mohr DC, Stacey L, Hart SL, Goldberg A. Effects of Treatment for Depression on Fatigue in Multiple sclerosis. *Psychosom Med*. 2003; 65: 542-547.
- 13- Larcombe NA, Wilson PH. An evaluation of cognitive-behaviour therapy for depression in patients with multiple sclerosis. *Br J Psychiatry*. 1984; 145: 366-371.
- 14- Julian LJ, Mohr DC. Cognitive predictors of Response to Treatment for Depression in Multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006; 18: 356-363.
- 15- Crawford JD, McIvor GH. Stress management for multiple sclerosis patients. *Psychologica Rep*. 1987; 61: 423-429.

می‌تواند شیوه‌ای مؤثر در درمان مشکلات خاص با فنون خاص باشد. همچنین چون این روی آورد بر ضرورت توجه مستقیم و ویژه به اصلاح رفتارهای منحرف، احساسات ناخوشایند، حس‌های منفی، تصاویر غیر منطقی، روابط تنیدگی آور، و عدم تعادل زیست شیمیایی [۴۴] در قالب هفت بعد مجزا اما متعامل و در بر گیرنده تمام جنبه‌های شخصیت انسان تأکید می‌کند [۴۸]، در نتیجه شیوه‌ای جامع و کامل را برای درمان مشکلات روان‌شناختی طراحی کرده است. درمانگری چند وجهی در هر دو زمینه پیشگیری و درمان کاربرد دارد [۴۹]. لازاروس اهداف کلی روش درمانگری چند وجهی را کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود پیشبرد رشد شخصی می‌داند [۲۹]. اما در توجیه عدم معنی‌داری تأثیر درمانگری چند وجهی بر علائم جسمانی در این پژوهش باید گفت که احتمالاً چون برخی از علائم بدنی مربوط به بیماری ام اس در اثر تخریب ساختاری دستگاه عصبی مرکزی به وجود می‌آید، نمی‌توان انتظار داشت که تمام علائم بدنی این بیماران منشاء روان‌شناختی داشته باشد و تحت تأثیر مداخلات روان‌شناختی باشند، با این وجود بیماران مبتلا به ام اس نیز مانند بیماری‌های مزمن دیگر نمی‌تواند بدون علائم جسمانی با منشاء روان‌شناختی باشد. در نتیجه امکان دارد برخی از علائم بدنی این بیماران منشاء جسمانی و برخی دیگر پایه روان‌شناختی داشته باشند. با این وجود پژوهش‌های پیشین در هر دو زمینه، اثربخش بودن مداخلات روان‌شناختی را بر علائم بیماری‌های مختلف نشان داده‌اند. یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر وقوع حملات مرتبط با نوع خاصی از بیماری ام اس در برخی از بیماران بود که باعث عدم ادامه درمان یا حضور منظم در جلسات می‌شد. در پایان پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمانگری چند وجهی لازاروس با شیوه‌های دیگر مثل شناختی- رفتاری در درمان مشکلات بیماران مذکور مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، که به دلیل اینکه افسردگی در این بیماران شیوع بیشتری دارد، اثربخشی شیوه چند وجهی برای درمان این مشکل در سطح پاتولوژیک مثل افسردگی اساسی بررسی شود.

- 31- Rahimian-Boger E, Shareh H. Arnold Lazarus. Multimodal therapy. Tehran: Dageh; 2008. P. 203. [Persian].
- 32- Jonbozorgi M. Investigating effectiveness of short-term psychotherapy with and without religious orientation on stress and anxiety control [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2009. P. 35-125. [Persian].
- 33- Dabbagh P, Dadsetan P, Saatchi M. Comparing effectiveness of two methods multimodal therapy and progressive relaxation on anxiety decline. 2th Congress of Clinical Psychology; 2002. [Persian].
- 34- Biabangard E. Effectiveness of Lazarus multimodal, Ellis rational emotive and relaxation therapy on test anxiety decline in students. Think Behav. 2002; 8(3): 36-42. [Persian].
- 35- Bahramkhani M, Alipoor A, Jonbozorgi. Effectiveness of multimodal therapy on perceived stress in patients with multiple sclerosis. 7th Int Congress Mult Scler. 2010. p.74.
- 36- Khazraie A, Jonbozorgi M. Effectiveness of Multimodal therapy on perceived stress decline and promoting health indices in veterans with Osteomyelitis. Veteran Med. 2009; 2(6): 39-45. [Persian].
- 37- Bardshaw J, Rose A. Cognition, Depression and Fatigue in Multiple Sclerosis. ACNR. 2008; 8(4): 15-17.
- 38- Hooman H. Understanding scientific method in behavioral sciences. Tehran: Samt; 2007. P. 62. [Persian].
- 39- Corey M, Corey G. Group therapy. Tehran: Ravan; 2008. P. 45. [Persian].
- 40- Sharifi T, Mehrabizadeh M, Shokrkon H. Religious attitude and general health and patience in students of Ahvaz Azad university. Think Behav. 2005; 11(1): 89-99. [Persian].
- 41- Babanazari L, Kaffi M. Investigating mental health of women and related demographic factors in various pregnancy periods. Res Psychol Health. 2007; 1(2): 44-52. [Persian].
- 42- Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Hall JW. Stress self-management: An intervention for women with physical disabilities. Womens Health Issues. 2006; 16(6): 389-399.
- 43- Mackereth PA, Booth K, Hillier VF, Caress AL. Reflexology and progressive muscle relaxation training for people with multiple sclerosis: A crossover trial. Complement Ther Clin Prac. 2009; 15(1): 14-21.
- 44- Stuijbergen AK, Becker H, Blozis S, Timmerman G, Kullberg V. Arch Phys Med and Rehabil. 2003; 84(4): 467-476.
- 45- Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Investigating effectiveness of progressive muscle relaxation on depression, anxiety and stress in multiple sclerosis patients. Res Med. 2008; 32(1): 45-53. [Persian].
- 16- Warren S, Warren KG. Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbation. J Psychosom Res. 1991; 35: 37-47.
- 17- Maguire BL. The effects of imagery on attitudes and moods in multiple sclerosis patients. Altern Ther Health Med. 1996; 2(5): 75-79.
- 18- Tesar N, Bumhackel U, Kopp M, Gunther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. Acta Neurologica Scandinavica. 2003; 107(6): 394-399.
- 19- Foley FW, Bedell JR, Larocca NG, Scheinberg LC, Reznikoff M. Efficacy of stress-inoculation training in coping with multiple sclerosis. J consult and clin psycho. 1987; 55(6): 919-922.
- 20- Mohr DC, Likosky W, Bertagnolli A, Goodkin DE, Van der Wende J, Dwyer P. et al. Telephone-administered cognitive-behavioral therapy for the treatment of depressive symptoms in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol. 2000; 68(2): 356-361.
- 21- Mohr DC, Hart SL, Julian L, Catledge C, Honos-webb L, Vella L. et al. Telephone-Administered Psychotherapy for Depression. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62: 1007-1014.
- 22- Crawford JD, McIvor GH. Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil. 1985; 66(12): 810-813.
- 23- Bachar E, Canetti L, Yonah I, Bonne O. Group versus individual supportive-expressive psychotherapy for chronic symptomatically stabilized outpatients. Psychother Res. 2004; 14(2): 244-251.
- 24- Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. J Consult Clin Psychol. 2001; 69(6): 942-949.
- 25- Hernandez-Reif M, Field T, Field T, Theakston H. Multiple sclerosis patients benefit from massage therapy. J Bodywork and Mov Ther. 1998; 2(3): 168-174.
- 26- Kesselring J, Beer S. Symptomatic therapy and Neurorehabilitation in multiple sclerosis. Lancet. Neural. 2005; 4: 643-652.
- 27- Sevcikova L, Stefanikova Z, Jurkovicova J, Ruzanska S, Sabolova M, Aghova L. et al. Stress and health-related behaviour, personality characteristics and blood pressure in older school children. Bratisl Lek Listy. 2001; 102(9): 420-423.
- 28- Bardshaw J, Rose A. Cognition, Depression and Fatigue in Multiple Sclerosis. ACNR. 2008; 8(4): 15-17.
- 29- Jonbozorgi M, Noori N. therapeutic Methods of anxiety and stress. Tehran: Samt; 2003. P. 253. [Persian].
- 30- Dryden W, Mytton J. Four Approaches to Counselling and Psychotherapy. Routledge. 1999. p 35.

- 46- Lampropoulos GK. Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *J Psychother Integr.* 2001; 11(1): 5-19.
- 47- Lazarus AA. Multimodal behavioral treatment of depression. *Behav Ther.* 1974; 5(4): 549-554.
- 48- Palmer S. Multimodal counseling and therapy. In: Palmer S, editor. *Introduction to counseling and psychotherapy: The essential guide.* London: Sage Publications. 2000. p. 140-157.
- 49- Lazarus AA. Multimodal therapy. In: Corsini RJ & Wedding D, editors. *Current psychotherapies.* (8th ed), Brooks Cole: Belmont, CA. 2008: 211-232.

The Effectiveness of Lazarus Multimodal Therapy on Enhancing General Health in Patients with Multiple Sclerosis

Bahramkhani, M. *M. A., Jonbozorgi, M. Ph.D., Alipoor, A. Ph.D.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Lazarus multimodal therapy on enhancing health indices in individuals with multiple sclerosis.

Method: The statistical society was all the patients with MS in Qazvin. A number of the patients conveniently were selected. Then using of GHQ questionnaire and clinical interview based on DSM4, 40 males and females were selected and finally assigned in two groups randomly (20 in experimental group and 20 in control group). From 20 patients of experimental group, 16 patients completed the treatment. Lazarus multimodal therapy was administered to the experimental group in twelve 90 minutes sessions during 3 months period. All subjects completed GHQ questionnaire before and after intervention and in follow-up period after 1 month.

Results: The results of MANCOVA test showed that Lazarus multimodal therapy have significant effect on general health. The results of ANCOVA test also showed that Lazarus multimodal therapy significantly have decreased depression, anxiety, and social dysfunction but haven't had significant effect on physical symptoms. These results remained in follow-up period.

Conclusion: Lazarus multimodal therapy can enhance health indices in patients with multiple sclerosis.

Keywords: Multimodal Therapy, General Health, Multiple Sclerosis

*Correspondence E-mail:

M.bahramkhani@gmail.com