مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۲ ، تابستان ۱۳۹۷جلد۲، ص ۱۲۹-۱۲۲
http://www.jhss.ir

بررسی اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۲ / تابستان ۱۳۹۷ / ص ۱۲۹-۱۲۲

میناسادات میرشجاع[1]

[1] عضو مرکز تحقیقات عصبی- عضلانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

نویسنده مسئول:

میناسادات میرشجاع[1]

چکیده

مقدمه و هدف: ماهیت پیشرونده ی بیماری مولتیپل اسکلروزیس حالات هیجانی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد. افسردگی و اضطراب یکی از مشکلات هیجانی رایج است که همه ی افراد به ویژه ی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس آن را تجربه می کنند. این مطالعه با هدف بررسی اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر سمنان انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی- کاربردی به صورت مقطعی است. ۶۰ فرد مبتلا ساکن سمنان و مراجعه کننده به مراکز درمانی با استفاده از نمونه گیری دردسترس در مطالعه شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شده با دقت به پرسش نامه های آزمون افسردگی بک، اضطراب بک پاسخ دهند. نتایج حاصل با استفاده از توزیع میانگین و انحراف معیار با استفاده از نرم افزار Spss-18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در این مطالعه (۷۸/۳٪) ۴۷ نفر زن و (۲۱/۷٪) ۱۳ نفر مرد، با درگیری سمت راست (۲۵٪) ۵۱ نفر، چپ (۲۵) ۱۵ نفر و هر دو سمت (۵۰٪) ۳۰ نفر شرکت کردند. نمرات کل افراد شرکت کننده در آزمون های افسردگی و اضطراب بک نشان داد شدت اضطراب در مردان با اختلاف کمتری بالاتر از زنان است.

نتیجه گیری: غیر قابل پیش بینی بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا دوره های عود و فروکش و اضطراب ناشی از ان می تواند کیفیت زندگی این افراد، شغل و ارتباطاتشان را تحت تاثیر قرار دهد. از این رو آگاهی و درمان علائم روانشناختی به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک می کند.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

ماهیت پیشرونده ی بیماری مولتیپل اسکلروزیس حالات هیجانی افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد. افسردگی و اضطراب یکی از مشکلات هیجانی رایج است که همه ی افراد به ویژه ی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس آن را تجربه می کنند(۱). مطالعات نشان می دهد نزدیک ٪۵۰ این افراد دچار افسردگی می شوند که از این میان ٪۴۲ افسردگی خفیف، ٪۲۹ افسردگی متوسط و مابقی افسردگی شدید دارند(۲). پس از یک سال ۴۰- ٪۲۵ این افراد دچار اضطراب می شوند(۳). نشانه های افسردگی شامل ناپایداری خلقی، انزوا، یاس و ناامیدی، بی احساسی، احساس گناه و بی ارزش بودن، کاهش یا افزایش نیاز به خواب است(۱). مطالعات نشان می دهد خطر خودکشی در این افراد ۷ برابر بیشتر از سایر افراد است. افسردگی مشارکت فرد در اجتماع، شغل را تحت تاثیر قرار می دهد. از این رو آگاه یافتن از میزان افسردگی و چگونگی این تاثیر این افراد بسیار مهم است (۱). اضطراب نیز همراه است. اضطراب نوعی نگرانی و ناخوشی روانی با نقص در عملکرد فیزیولوژیکی، رفتاری، شناختی است که عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی فرد را متاثر می سازد(۴). تکمیل پرسشنامه هایی که توسط بیمار پر می شود بسیار موثرتر از پرسش به صورت شفاهی است چرا که مانع از انکار کردن حالات هیجانی ناکارآمد و افزایش آگاهی از حالات درونی خود می شود(۵). هم چنین خانواده می تواند بهترین مراقب برای شناسایی نیازهای این افراد باشد(۵). Gobbi و همکارانش (۲۰۱۳) به بررسی تاثیر افسردگی و خستگی بر نواحی آسیب دیده ی مغز با استفاده از تصویربرداری مغزی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند. آن ها دریافتند افسردگی و خستگی با نواحی کاهش یافته قشر خاکستری و سفید مغزی در گیروس فوقانی لوب فرونتال سمت راست ارتباط دارند(۶). Pattern و همکارانش (۲۰۱۲) به غربالگری افسردگی اساسی در بین افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند و دریافتند از میان ۱۵۶ نفر، ٪۵۶ بیماران دچار افسردگی اساسی هستند(۷). Rupprecht و همکارانش (۲۰۱۵) به بررسی اختلالات خواب، خستگی، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند. آن ها دریافتند بیشترین اختلال به ترتیب خواب، اضطراب، افسردگی و خستگی بود(۸). Hoang و همکارانش (۲۰۱۵) در مطالعه ای همراهی اختلال افسردگی و اضطراب را در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بررسی کردند. آن ها دریافتند افسردگی و اضطراب احتمال ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس را افزایش می دهد(۹). Garfield و همکارانش(۲۰۱۲) به بررسی تاثیرات اضطراب بر در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند و دریافتند اضطراب سبب عزت نفس، تسریع روند بیماری و آسیب های روانشناختی دیگر می شود(۴).

درمان های بسیاری برای مقابله با علائم افسردگی و اضطراب وجود دارد که شامل رایحه درمانی، هنر درمانی، موسیقی درمانی، بازی با حیوانات دست آموز، تواتر درمانی و چندین درمان دیگر است(۱۰, ۱۱). با این حال غلبه بر افسردگی و اضطراب یکی از مهارت های کنترل هیجانات است که کمتر به آن پرداخته می شود. اگرچه مطالعات بی شماری در بررسی افسردگی و اضطراب در اقراد مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفته است، اما این مطالعه تنها در شهر سمنان انجام شده است. مسائل روانشناختی این بیماران یکی از نگرانی های عمده متخصصین بالینی است(۱۲, ۱۳) که می تواند در تعیین پیگیری پاسخ درمانی، میزان بازتوانی، پیشگیری از عود اختلال و حفظ ارتقای بهداشت روان خانواده وی موثر باشد(۱۴). با توجه به سیر مزمن بیماری و بستری های مجدد، تاثیر عوامل فرهنگی- اجتماعی این مطالعه با هدف بررسی اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد تا مشخص شود جمعیت هدف شهر سمنان در کدام یک از جنبه های روانشناختی بیشتر دچار آسیب و ضعف هستند. بدیهی است مشخص کردن این جنبه ها می تواند در ارزیابی و درمان این بیماران موثر واقع شود .

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- کاربردی به صورت مقطعی است. ۶۰ فرد مبتلا ساکن سمنان و مراجعه کننده به مراکز درمانی با استفاده از نمونه گیری دردسترس در مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود شامل تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس از نوع عود و فروکش، گذشت حداقل۶ ماه و حداکثر ۶ سال از زمان ضایعه، کسب نمره ی بالاتر از ۲۴ در آزمون شناختی(Mini Mental Status Examination (MMSE، محدوده ی سنی۴۰- ۲۰سال بود. معیارهای خروج شامل عود علائم بیماری در حین مطالعه، بروز مشکلات ارتوپدی، روماتولوژی و نورولوژیکی، عدم تمایل فرد به ادامه شرکت در مطالعه بود. پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان و کسب رضایت از بیماران اهداف

مطالعه و شرایط انجام آزمون به آن ها توضیح داده شد. از شرکت کنندگان خواسته شده با دقت به پرسش نامه های آزمون افسردگی بک، اضطراب بک پاسخ دهند. حین انجام آزمون سکوت برقرار بوده و زمانی برای استراحت به آن ها داده می شد.

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه یکی از رایج ترین ابزارهای سنجش افسردگی و حاوی ۲۱ است. نیمی از سؤالات منعکس کننده افکار منفی نظیر ((در زندگیم کاملاً شکست خورده ام)) و ۱۵٪ سوالات منعکس کننده ویژگی های رفتاری منفی نظیر ((مدام در حال گریه هستم)) سایر سؤالات در مورد علائم جسمی افسردگی می باشند. هر سوال چهار گزینه داردکه نمره ای بین صفر تا سه را به خود اختصاص می دهد. نمره کل پرسش نامه، دامنه ای از صفر تا ۶۳ دارد. کسب نمره ای بین ۱۰-۱ فرد طبیعی، ۱۶- ۱۱ نشان دهنده ی افسردگی خفیف، ۲۰-۱۷ نشان دهنده ی افسردگی متوسط و ۳۰- ۲۱ نشان دهنده ی افسردگی شدید است. این پرسش نامه به فارسی ترجمه شده و اعتبار درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی۰/۷۸ و پایایی بازآزمون آن ۰/۷۴ به دست آمده است(۱۵).

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه حاوی ۲۱ سوال با نمره دهی بین ۳-۰ است. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ و کمترین آن ۰ است. کسب نمره ای بین ۷-۰ نشان دهنده ی اضطراب کم، ۱۵-۸ نشان دهنده ی اضطراب خفیف، ۲۵- ۱۶ نشان دهنده ی اضطراب متوسط و ۶۳-۲۶ نشان دهنده ی اضطراب شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران ۰/۹۲ گزارش شده است(۱۶).

ارزیابی سطح شناختی [۱]

این آزمون در سال ۱۹۷۵ توسط فولستین طراحی شد که به ارزیابی بالینی از وضعیت شناختی در سالمندان می پردازد. این ابزار غربالگری شناختی برای اختلال خاصی تعریف نشده است (۱۷). آزمون حدود ۱۰ - ۵ دقیقه، بسته به میزان آسیب شناختی فرد طول می کشد. این آزمون شامل ۳۰ پرسش در۵ زمینه (جهت یابی، ثبت اطلاعات، توجه و محاسبه کردن، به یاد آوردن و مهارت های زبانی) می باشد؛ که به دو بخش؛ بخش اول شامل پاسخ های کلامی مرتبط با پرسش های جهت یابی زمانی و مکانی، حافظه و توجه و بخش دوم شامل مهارت های نام بردن، خواندن و نوشتن و دنبال کردن فرامین کلامی و نوشتاری، نوشتن یک جمله و کشیدن یک تصویر تقسیم می شود(۱۸). به هر پرسش ۱ امتیاز داده می شود. حداکثر نمره ی این آزمون ۳۰ می باشد. اخذ نمره ی مساوی یا بالاتر از ۲۷ نشان دهنده ی وضعیت شناختی طبیعی، نمره ی ۲۱ تا ۲۶ نشان دهنده ی اختلال خفیف، نمره ی ۲۰ تا ۱۱ نشان دهنده ی اختلال متوسط و نمره ی مساوی یا کمتر از ۱۰ نشان دهنده ی اختلال شدید در وضعیت شناختی است (۱۹). این آزمون از روایی مناسبی(۰/۷۸) برای سنجش عملکرد شناختی افراد برخوردار است (۲۰).

نتایج حاصل با استفاده از توزیع میانگین و انحراف معیار با استفاده از نرم افزار Spss-18 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

در این مطالعه (۷۸/۳٪) ۴۷ نفر زن و (۲۱/۷٪) ۱۳ نفر مرد، با درگیری سمت راست (۲۵٪) ۵۱ نفر، چپ (۲۵) ۱۵ نفر و هر دو سمت (۵۰٪) ۳۰ نفر شرکت کردند. اطلاعات توصیفی شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول۱: توزیع میانگین ، انحراف معیار افراد شرکت کننده (n=۶۰)

متغیر	فراوانی شرکت کننده	میانگین	انحراف معیار
سن	۶۰	۳۲/۶۲	۸/۶۵
مدت زمان ابتلا	۶۰	۵/۸۷	۴/۶۲
MMSE*	۶۰	۲۸/۱۳	۳/۶۴

*** Mini Mental Status Examination**

[۱] Mini Mental Status Examination (MMSE)

طبق جدول ۲، ۲۸ نفر بدون افسردگی و ۱۲ نفر افسردگی شدید داشتند. بیشترین نمره۶۱ و کمترین ۰ بود. هم چنین در آزمون اضطراب بک ۲۷ نفر بدون اضطراب و۱۰ نفر اضطراب شدید داشتند. بیشترین نمره۶۰ و کمترین ۰، به دست آمد.

جدول۲: فراوانی و درصد فراوانی افراد نمرات کسب شده در آزمون های افسردگی و اضطراب بک در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس(n=۶۰)

متغیر	نمرات	توصیف	فراوانی	درصد فراوانی
افسردگی بک	۰-۹	نداشتن افسردگی	۲۸	٪۴۶/۷
	۱۰-۱۸	افسردگی خفیف	۷	٪۱۱/۷
	۱۹-۲۹	افسردگی متوسط	۱۳	٪۲۱/۷
	>۳۰	افسردگی شدید	۱۲	٪۲۰
تعداد کل افراد			۶۰	٪۱۰۰
اضطراب بک	۱۰-۱۸	اضطراب خفیف	۲۷	٪۴۵
	۱۹-۲۹	اضطراب متوسط	۲۳	٪۳۸/۸
	>۳۰	اضطراب شدید	۱۰	٪۱۶/۶
تعداد کل افراد			۶۰	٪۱۰۰

طبق جدول ۳ نمرات کل افراد شرکت کننده در آزمون های افسردگی و اضطراب بک نشان داد شدت اضطراب در مردان با اختلاف کمتری بالاتر از زنان است.

جدول ۳: توزیع میانگین ، انحراف معیار به تفکیک جنسیت در آزمون های افسردگی و اضطراب بک در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس(n=۶۰)

حیطه	زن			مرد			کل نمونه ها			
	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	سطح معنادار ی
نمره کل افسردگی بک	۴۷	۱۶/۸	۱۴/۶	۱۳	۱۷/۱	۱۷/۵	۶۰	۱۶/۹	۱۵/۲	۰/۸
نمره کل اضطراب بک	۴۷	۳۲/۹	۱۱/۹	۱۳	۳۵/۵	۸/۹	۶۰	۳۳/۵	۱۱/۳	۰/۴۱

بحث

افسردگی و اضطراب دو مشکل هیجانی رایج در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است. شواهد نشان می دهد افسردگی و اضطراب با آسیب لب گیج گاهی- آهیانه ی سمت چپ ارتباط دارد(۲۱). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از افسردگی و اضطراب خفیف رنج می برند. مردان نسبت به زنان افسردگی و اضطراب بیشتری داشتند. در حالی که به نظر می رسد زنان بیشتر از مردان افسرده و مضطرب می شوند. این تفکر به دلیل بروز رفتارهایی است که زنان در هنگام ناراحتی و احساس خطر از خود نشان می دهند در حالی که مردان بر رفتار خود کنترل بیشتری دارند و سعی در تسلط بر محیط دارند(۲۲). حقیقت و همکارانش (۲۰۱۳) مطالعه ای به بررسی نقش عوامل روانشناختی و متغیرهای مرتبط با درد در پیش بینی پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به ام اس پرداختند. آن ها دریافتند درد به شکل منفی و معناداری پریشانی هیجانی را در بیماران مبتلا به ام اس پیش بینی می کنند(۲۳). زارع و همکارانش (۲۰۱۳)دریافتند بین افسردگی، اضطراب و استرس با همه راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان (سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه پنداری و پذیرش)

همبستگی مثبت وجود دارد(۲۴). صدری و همکارانش (۲۰۱۱) در مطالعه ای با هدف اثربخشی آب درمانی گروهی بر افسردگی، استرس، اضطراب و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در بجنورد نشان دادند این روش باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و نیز افزایش سطح شادکامی آنان می گردد. بر این اساس این روش به عنوان یک روش موثر و اثرگذار بر عملکرد روانشناختی این بیماران پیشنهاد می گردد (۲۵). نتایج این مطالعه با مطالعه ی رجبی و همکارانش (۲۰۱۴)(۲۶)، رحمتی و همکارانش(۲۰۱۴)(۲۷) نتایج این مطالعه موافق با پژوهش جونز و همکاران (۲۸) و هیند و همکاران (۲۹) و اسد نیا و همکارانش (۳۰) هم سو بود. مطالعات آن ها نشان دادند این افراد از افسردگی و اضطراب رنج می برند از طرفی کالب بیان کرد زنان کمتر افسرده و بیشتر مضطرب می شوند. این مطلب با نتایج حاصل از این مطالعه مغایرت داشت(۳۱).

محمودی علمی و همکارانش (۲۰۰۶) نشان دادند بیشترین مشکل روانی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انزوا و عدم برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران بود(۳۲). هم چنین جانسز و همکارانش در ۲۰۰۴ نشان دادند این افراد از سطح بالای اضطراب و افسردگی رنج می برند و از سلامت روان پایینی برخوردارند. (۳۳)

استرس زاها و شیوه های پردازش آن ها ممکن است از طریق تاثیر بر فرآیندهای روانی- عصبی سبب افسردگی و اضطراب گردند. آموزش مداخلات شناختی- رفتاری مانند درمان شناختی- رفتاری، رفتار درمانی سبب افزایش حس کنترل، خودبسندگی، عزت نفس، مقابله سازگارانه و مشارکت اجتماعی می شود. به نظر می رسد این تغییرات، موجب کاهش خلق منفی و انزوای اجتماعی می شود و کیفیت زندگی این افراد را ارتقا می بخشد(۳۴).

از محدودیت های پـژوهش در ایـن مطالعـه ، عدم بررسی مساوی جنسیت ها در زنان و مردان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، وضـعیت عـاطفی واحدهای مورد پژوهش در هنگام پاسخگویی به سؤالات بود که می تواند بر نتیجه پژوهش مؤثر واقع شده باشد که کنتـرل آن از اختیـار پژوهشگر خارج بود. این مطالعه نشان داد افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از اضطراب و افسـردگی بـالایی برخـوردار بودند. بنابراین فراهم کردن مداخلات درمانی مناسب جهت آموزش و یادگیری روش های مقابلـه و سـازگاری با اضطراب و افسردگی ضروری بسیار مفید خواهد بود. از این رو پیشـنهاد می شود درمانگران و به خصوص انجمن مولتیپل اسکلروزیس برنامه های آموزشی جهت مقابله بـا اضـطراب و افسـردگی ناشـی از بیمـاری برگـزار نماینـد. هم چنین لازم است متخصصان و سیاست گذاران خدمات بهداشتی و درمانی در زمینه کیفیت زندگی این بیماران و مسائل روان شناختی درحیطه سلامت و بهسازی محیط توجه کنند. سازمان های حمایتی مانند بهزیستی و تأمین اجتماعی نقش فعال تری در حمایت اجتماعی این افراد داشته باشند و به خدمات مددکاری و روانشناسی در مراکز توانبخشی توجه بیشتری شود. با توجه به اینکه جامعه آماری این مطالعه محدود به شهر سمنان است، پیشنهاد می شود در منطقه ی جغرافیایی بزرگتری جهت افزایش تعداد نمونه ها انجام شود.

نتیجه گیری

این مطالعه حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی کاردرمانی با عنوان " بررسی ارتباط افسردگی و اضطراب با کیفیت زندگی افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر سمنان" در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ می باشد. پیشرفت و غیر قابل پیش بینی بودن علائم بیماری یا دوره های عود و فروکش و اضطراب ناشی از ان می تواند کیفیت زندگی این افراد، شغل و ارتباطاتشان را تحت تاثیر قرار دهد. بسیاری از درمانگران سلامت روان افراد مبتلا را فراموش کرده و تنها به بهبود عملکرد جسمی شان می پردازند(۳۵). بنابراین با آگاهی و درمان به موقع می توان رضایت و شادکامی را در این افراد پرورش داد. این مساله سبب کاهش هزینه های درمان و استقلال افراد می شود. این مطالعه نشان داد بین حالات هیجانی اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد.

References:

.۱ Depression. Health and care information you can trust. 2014.
.۲ Dalgas U, Stenager E, Jakobsen J, Petersen T, Hansen H, Knudsen C, et al. Fatigue, mood and quality of life improve in MS patients after progressive resistance training. Multiple sclerosis.۲۰۱۰ .
.۳ Chwastiak LA, Gibbons LE, Ehde DM, Sullivan M, Bowen JD, Bombardier CH, et al. Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. Journal of psychosomatic research. 2005;59(5):291-8.
.٤ Garfield A, Lincoln N. Factors affecting anxiety in multiple sclerosis. Disability and rehabilitation. 2012;34(24):2047-52.
.٥ Thorne S, Con A, McGuinness L, McPherson G, Harris SR. Health care communication issues in multiple sclerosis: an interpretive description. Qualitative Health Research. 2004;14(1):5-22.
.٦ Gobbi C, Rocca M, Riccitelli GC, Pagani E, Preziosa P, Martinelli V, et al. Influence of Depression and Fatigue on the Regional Distribution of Brain Damage in Patients with Multiple Sclerosis (P04. 108). Neurology. 2013;80(Meeting Abstracts 1):P04. 108.
.۷ Patten SB, Burton JM, Fiest KM, Wiebe S, Bulloch AG, Koch M, et al. Validity of four screening scales for major depression in MS. Multiple Sclerosis Journal. 2015:1352458514559297.
.۸ Rupprecht S, Kluckow S, Yahiaoui-Doktor M, Aktas O, Chan A, Dressel A, et al. Prevalence of Sleep Disturbances, Fatigue, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis (MS)(P1. 128). Neurology. 2015;84(14 Supplement):P1. 128.
.۹ Hoang H, Laursen B, Stenager EN, Stenager E. Psychiatric co-morbidity in multiple sclerosis: The risk of depression and anxiety before and after MS diagnosis. Multiple Sclerosis Journal. 2015:1352458515588973.
.۱۰ Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide :John Wiley & Sons; 2013.
.۱۱ Turner SM. Behavioral theories and treatment of anxiety: Springer Science & Business Media; 2012.
.۱۲ Creek J, Lougher L. Occupational therapy and mental health: Elsevier Health Sciences; 2011.
.۱۳ ZamZam R, Midin M, Hooi LS ,Yi EJ, Ahmad S, Azman S, et al. Schizophrenia in Malaysian families: A study on factors associated with quality of life of primary family caregivers. Int J Ment Health Syst. 2011;5:16.
.۱٤ Sarason IG, Sarason BR. Abnormal psychology: Appleton-Century-Crofts New York; 1972.
.۱٥ RAJABI G, KARJO KS. PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF A PERSIAN-LANGUAGE VERSION OF THE BECK DEPRESSION INVENTORY–SECOND EDITION (BDI-II-PERSIAN). 2013.
.۱٦ Rafiee M SA. An Investigation into the Reliability and Validity of Beck Anxiety Inventory among the University Students. Thoughts and behavior in clinical psychology. 2014;27:37-46.
.۱۷ Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JOURNAL-AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. 1993;269:2386.-
.۱۸ Folstein M, Folstein S, McHugh P, Fanjiang G. Mini-Mental State Examination: User's Guide. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Inc; 2001.
.۱۹ Folstein M, Folstein S, McHugh P, Fanjiang G. Mini-mental state examination user's guide. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 2001.
.۲۰ Foroughan M, JAFARI Z, SHIRIN BP, Ghaem Magham Faraahani Z, RAHGOZAR M. Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. Advances in Cognitive Science. 2008.
.۲۱ Siegert R, Abernethy D. Depression in multiple sclerosis: a review. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2005;76(4):469-75.
.۲۲ Atkinson RL. Hilgard's introduction to psychology: Harcourt Brace College Publishers Philadelphia, PA; 1996.
.۲۳ Haghighat F TA, Dehkordian P, Tabatabai Rasoulzadeh K. A Study of the Role of Psychological Factors and Pain Related Variables in the Prediction of Emotional Distress in Patients with Multiple Sclerosis. Research and Psychological Health. 2013;11-1:(4)6.
.۲٤ Zare H SZ. Investigation of the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depression, Anxiety and Stress in Students. Research and Psychological Health. 2013;6(3):19-29.
.۲٥ Maryam Sadri Sp, Farhad Tanha Reshvanloo , Arezoo Hosseinzade Water effectiveness of group therapy on depression, stress, anxiety and happiness of patients with multiple sclerosis in Boroujerd. MS Society South Khorasan,Eighth International Congress of MS. 2011.
.۲٦ Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. 2. 2014;6(1):29-38.

.۲۷ Rahmati F, Zareian E. Effects of 8 Weeks Aerobic Training on the Social-Physical Anxiety in Women with Multiple Sclerosis. Annals of Applied Sport Science. 2014;2(2):65-74.
.۲۸ Askey-Jones S, David A, Silber E, Shaw P, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with multiple sclerosis: a bench marking study. Behaviour research and therapy. 2013;51(10):648-55.
.۲۹ Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C, et al. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2014;14(1):5.
.۳۰ Saeed Asadnia AMA, Saeed Saadatmand, Firoozeh Sepehrian Azar, Naser, Torabzadeh. EXAMINING THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE – BEHAVIOUR THERAPY ON IMPROVING DEPRESSION AND DECREASING ANXIETY SYMPTOMS OF MULTIPLE SCHLOROSIS PATIENTS (MS). The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2014;Vol. 25(11.(
.۳۱ Kalb RC. Multiple sclerosis: A guide for families: Demos Medical Publishing; 2006.
.۳۲ Mahmoodi Alami Gh NE, Niaz Azari K. Mental health study in patients with multiple sclerosis

In Mazandaran province in. Mazandaran University of Medical Sciences. 2006;18(68):73-0.
.۳۳ Janssens ACJ, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FG, Passchier J, Hintzen RQ. Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. Journal of clinical epidemiology. 2004;57(2):180-6.
.۳٤ Antoni MH, Ironson GH, Schneiderman N. Cognitive-behavioral stress management for individuals living with HIV: Facilitator guide: Oxford University Press; 2007.
.۳۵ Janssens A, Doorn P, Boer J, Meche F, Passchier J, Hintzen R. Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. Acta Neurologica Scandinavica. 2003;108(6):389-95.