مبانی آموزش‌های شناختی–رفتاری وکاربرد آن در بهبود بیماری‌های مزمن

علی‌رضا یوسفی، زهره خیام نکویی*

چکیده

مقدمه: بنا به گسترش روز افزون بیماری‌های مزمن، این پژوهش به منظور بررسی مبانی آموزش‌های شناختی- رفتاری و کاربرد آن در بیماری‌های مزمن انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از طریق مرور و دسته‌بندی و ارشیابی تعدادی از مقالات و کتب مرتبط از سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۰ انجام شده است.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش‌های شناختی–رفتاری چه به صورت مجزا و چه همگام با درمان دارویی در درمان بیماری‌های مزمن و عوارض منتج از آنها مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: با این که آموزش‌های شناختی–رفتاری قدم‌های آغازین را در درمان بیماری‌های مزمن می‌پیماید، با این حال می‌تواند به عنوان فنون کارآمد فراراه درمان بیماری‌های مزمن و عوارض ناشی از آنها قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش‌های شناختی–رفتاری، بیماری، مزمن، درمان‌های روانشناختی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی (ویژه‌نامه توسعه آموزش) / زمستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۵): ۷۹۲ تا ۸۰۰

مقدمه

در سال‌های اخیر علی‌رغم افزایش مشکلات مزمن پزشکی، امید به زندگی نیز بیشتر شده است؛ چرا که مشکلات پزشکی که در گذشته با خطر مرگ و میر قابل ملاحظه‌ای همراه بوده‌اند، هم اکنون به نحو مؤثرتری کنترل می‌شوند(۱). پیشرفت‌های صورت‌های گرفته در روش‌های درمان بیماری‌های مزمن جسمانی، گاهی اوقات ممکن است به بهای کیفیت زندگی بیماران تمام شود(۲). بیماری‌های مزمن، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. پیشرفت‌های پزشکی اخیر اغلب این توقع را در بیماران و خانواده آنها ایجاد می‌کند که تمام مشکلات پزشکی قابل معالجه هستند.این امر به نوبه خود پذیرش پیامدهای بیماری‌های مزمن را برای فرد دشوار می‌کند و استفاده از یک مدل (مقابله‌ای) مناسب را برای درمان بیماری آنها دشوار می‌سازد(۳). دیدگاه بین رشته‌ای (Multidisciplinary) در طب موجب شده است که بیماران با تعداد بیشتری از متخصصان در ارتباط بوده و همین موضوع خود به مفهوم افزایش انتظار بیمار از خودش، علی‌رغم محدودیت ظرفیت روانی‌اش می‌باشد. این موضوع

* **نویسنده مسؤول:** زهره خیام نکویی، دانشجوی دکتری روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، خیابان آبشار اول، جنب سازمان حج و زیارت استان اصفهان،کوی شهروز، اصفهان،ایران. Khayyamnekouei@gmail.com

دکتر علیرضا یوسفی،دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،مرکزتحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (aryousefy@edc.mui.ac.ir)

این مقاله در تاریخ ۸۹/۱۰/۲ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۱۱/۱۱ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۱۱/۲۱ پذیرش گردیده است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

در بعضی از بیماران این احساس را به وجود می‌آورد که از لحاظ روانی به خوبی حمایت نمی‌شوند و این امر خود ممکن است یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری مشکلات روانی در فرد شود. در این راستا بسیاری از مشکلات مزمن به یک رویکرد خودمدیریتی برای کنترل دوره و تأثیر نشانه‌های بیماری نیاز دارند(۱).

ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود. به عبارتی دیگر، تصور می‌شود که اکثر بیماران به خوبی با جنبه‌های روانی بیماری‌های مزمن سازگار می‌شوند. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی شان تجربه می‌کنند، سازگاری روانی، دشوارتر می‌شود(٤). به طور کلی در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از بیماران مزمن پزشکی از نظر بالینی، نشانه‌های روانی بسیار مهمی را تجربه می‌کنند. بیماری‌های مزمن پزشکی، به واسطه افزایش نیازهای خود مراقبتی، مستلزم تغییراتی در رفتار هستند(۱). بنابراین کلید مدیریت مؤثر، درک تفاوت‌ها در الگوهای بیماری و سرعت پیشرفت آنها است. هدف معالجه نیست، بلکه حفظ یک زندگی مستقل و لذت بخش است. نیازهای روان‌شناختی افراد دارای بیماری‌های مزمن در سطح بین‌المللی شناخته شده است؛ با این وجود خط مشی‌های برنامه‌ریزی شده، تمهیدات و خدمات شناختی–رفتاری می‌تواند نیازهای روان شناختی افراد دارای بیماری جسمانی را برآورده سازد(٥). در این راستا یکی از درمان‌های مطرح برای این بیماری‌ها، درمان‌های شناختی–رفتاری است که در قالب آموزش‌های مناسب ارائه می‌گردد. آموزش‌های شناختی–رفتاری، تفکر افراد و ارتباطات آنها را با دنیای خود تغییر می‌دهد. این نوع آموزش‌های شامل: روبرو شدن با محرک‌ها و موقعیت‌های اضطراب‌زا می‌باشد. بنابراین افراد با ایجاد تداعی‌های جدید می‌توانند بر احساسات اضطراب‌زای خود در هر موقعیت کنار بیایند(٦).

جالب این است که آثاری از این نوع نگرش روانشناختی به بیماری‌های جسمانی، در ادبیات ایران و در تاریخ پزشکی این مرز و بوم دیده می‌شود. سبک طبابت ابوعلی سینا عملاً توجه به مؤلفه‌های روانی و رفتاری در شکل‌گیری و ابقای بیماری‌های جسمانی بوده است. برخی از شیوه‌های ارزیابی و درمان مورد استفاده این نابغه ایرانی، بنابر اسناد نوشتاری موجود، نوعی درمان روانشناختی نیز محسوب می‌شود(۱). در میان مدعیان حوزه روانشناسی سلامت، درمانگران شناختی–رفتاری به دلایل چندی یکی از موفق‌ترین گروه‌ها بوده‌اند، که در این جا سنخیت ادبیات و سیاق افکار مولانا با نگاه شناخت‌مدار این رویکرد به رویدادها، زندگی و انسان قابل توجه است(۷). رویکرد شناختی– رفتاری به دلیل کوتاه مدت بودن، عینیت، فنون مداری، توجه به قالب‌های مناسب هر بیمار (مفهوم‌پردازی مورد)، برخورداری از پشتوانه پژوهشی غنی و محکم، توان تلفیق یافته‌ها و فنون مختلف روانشناختی مثل: علوم شناختی، رفتاری و عصب روانشناختی طی سالیان اخیر با اقبال فراوان در میان درمانگران و درمان‌جویان روبرو شده است(۱۰).

ارزیابی شناختی–رفتاری یک جز اساسی آموزش‌های شناختی–رفتاری است .هدف اساسی ارزیابی، جمع‌آوری اطلاعات است تا در مراحل بعد با فرمول‌بندی (مفهوم‌پردازی) در سطح مورد ترکیب شود. چنانچه ارزیابی به درستی انجام شود و حوزه‌های اصلی مشکلات را پوشش دهد؛ مفهوم‌پردازی مسیرهایی که بیمار از طریق آنها می‌تواند به اهداف درمانی دست یابد، آسان‌تر خواهد بود. در طی فرایند ارزیابی می‌توان از روش‌های متعددی مانند: مشاهده، پرسشنامه‌های خودگزارشی، مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته، مصاحبه‌های بالینی و تهیه گزارش‌های روزانه سود جست. بعضی از اجزای کلیدی فرایند آموزش‌های شناختی–رفتاری مانند: ساختار، مشارکت و تمرکز بر زمان حال، عناصر مهم فرایند ارزیابی هستند. در واقع همین اجزای فرایندی است که ارزیابی شناختی–رفتاری را از رویکردهای دیگر ارزیابی روانی متمایز می‌کند(۱).

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

بعد از کسب اطلاعات لازم در مورد مشکلات بیمار، می‌توان اطلاعات مذکور را با نظریه روانشناسی و طرح درمان مرتبط کرد، فرایندی که در طی آن بین ارزیابی و درمان ارتباط برقرار می‌شود، فرمولاسیون نامیده می‌شود(۸). مفهوم‌پردازی قسمت مهمی از همه مداخله‌های روانی است. فرایند مفهوم سازی بین نظریه و درمان بالینی ارتباط برقرار می‌کند و سعی می‌کند چارچوبی برای تبیین مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیمار فراهم کند(۹). به عبارتی عوامل واسطه‌گر، متغیرهایی هستند که مسؤول رخ دادن مشکلات بیمار هستند، به عنوان مثال: اختلال وحشت‌زدگی به وسیله تفسیر فاجعه‌آمیز از احساس‌های بدنی ناشی می‌شود و به وسیله نگرانی از بابت مورد توجه دیگران بودن تعدیل می‌شود(۱).

پس از آن که درمانگران، قالب مفهوم‌پردازی را تدوین کردند؛ باید بررسی کنند که کدام یک از راهبردهای درمانی برای مورد هدف قرار دادن مکانیزم‌های آغازگر، تشدیدکننده و تداوم بخش مشکلات مناسب هستند، راهبردهای درمانی باید با توجه به اهداف درمانی موردنظر انتخاب شوند(۸).

درمانگر شناختی–رفتاری باید به نحوی این آموزش‌ها را متناسب با بیمار استفاده نماید.به نحوی که همه متغیرهای بیولوژیکی، شناختی و جسمانی را در نظر بگیرد. آموزش‌های شناختی- رفتاری بر کاربرد مفاهیم کلی و درک آنها به منظور هدایت درمانگر به کاربرد راهکارهای رفتاری- شناختی استاندارد تأکید دارد. این شیوه درمان شامل: تعریف از مشکلات آشکار بیمار و فرضیه‌هایی در خصوص برخی عقاید کلی در مورد این مشکلات است(۱۰). ویژگی‌های کلی این آموزش‌ها به شرح زیر است:

۱- برخی از اهداف اولیه درمان شامل: برطرف‌سازی و از بین بردن مشکلات درمانی و نشانه‌های بیماری است، به گونه‌ای که دستاورد حاصل از درمان را بتوان ارزیابی و مشاهده نمود.

۲- سازگاری با مشکلات از طریق کنار آمدن

۳- تمرکز بر روی موقعیت کنونی تا وضعیت قبلی بیمار، درمانگر شناختی–رفتاری از اطلاعات گذشته بیمار در خصوص سابقه اجتماعی و خانوادگی،جهت حل مشکلات اواستفاده می‌نماید.

٤- ایجاد روابط هماهنگ بین درمانگر و بیمار–درمانگر نمی‌تواند مشکلات بیمار را برطرف سازد. او با بیمار کار می‌کند تا به راه حل‌هایی دست یابد که برای بیمار مفید است و در حل مسائل به او کمک می‌کند.

٥- تعیین تکالیف خانگی– نقش مهم و کلیدی این تکالیف و تمرین‌ها مستقیماً در درمان می‌باشد و به عنوان یک شیوه آموزشی–تجربی تلقی می‌شود که بیمار به واسطه آن مهارت‌ها و مشاهدات جدید را می‌آموزد(۱۱).

مشکلات روانی از طریق مسیرهای مختلف، بر تعامل بیمار با مراکز خدمات بهداشتی تأثیر می‌گذارند. آنها همچنین پیشنهاد کرده‌اند که این مسیرها تحت تأثیر مداخلات روانی قرار می‌گیرند. مسیر حمایت اطلاعاتی به ارتباط بیمار با مراکز بهداشتی مربوط می‌شود، ارتباطی که تحت تأثیر نیاز بیمار به اطلاعات درباره شناسایی علایم بالینی یا کسب اطلاعات درباره مشکلات پزشکی قرار دارد. مسیر روانی به تجربه پیامدهای زیان بخش در نتیجه تأثیرات منفی استرس بر بیماری‌هایی مانند: بیماری‌های قلبی–عروقی مربوط می‌شود. مسیرهای مربوط به تغییرات رفتاری، به تأثیر رفتارهایی مانند: رژیم غذایی، سیگار کشیدن یا ورزش بر مشکلات پزشکی مانند: سرطان، دیابت یا بیماری‌های قلبی مربوط می‌شود. مشکلات مزمن جسمی می‌توانند به انزوا منجر شوند و مسیر حمایت اجتماعی مطرح شده نشان می‌دهد چگونه تعاملات بعضی از بیماران با سیستم مراقبت بهداشتی متأثر از نیاز به حمایت اجتماعی است. گروه دیگری از بیماران با نشانه‌های جسمانی مراجعه می‌کنند که این نشانه‌ها نتیجه یک مشکل یا اختلال روانی تشخیص داده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

نشده هستند. این امر ممکن است با جسمانی سازی مربوط باشد که در آن ناراحتی هیجانی به صورت جسمی ابراز می‌شود. به کمک این مسیرها می‌توان بسیاری از عوامل روانی مرتبط با سازگاری با مشکلات مزمن پزشکی را فهمید. در حقیقت، درمان شناختی–رفتاری اغلب یک یا چند تا از این مسیرها را مورد توجه قرارمی‌دهد(۱۲).

هدف آموزش شناختی- رفتاری

یکی از اهداف مهم آموزش شناختی- رفتاری، کاهش اضطراب در بیمار است بدین منظور چگونگی تشخیص، ارزیابی، کنترل و تغییر افکار منفی وابسته به خطر و رفتارهای مربوط، به بیمار یاد داده می‌شود. برای رسیدن به این هدف، از تعدادی تکنیک‌های شناختی و رفتاری استفاده می‌گردد. یکی ازتکنیک‌های عمده در آموزش شناختی–رفتاری به شرح زیر است(۸):

تشخیص افکار منفی

یکی از تکنیک‌های عمده درمان شناختی- رفتاری تشخیص افکار منفی بیمار است.عده‌ای از بیماران به آسانی می‌توانند از همان آغاز درمان، افکار منفی خود را تشخیص دهند. اما عده دیگر نیاز به آموزش دارند تا بتوانند با اطمینان، افکار اصلی مربوط به ا ضطراب خود را تشخیص دهند. چند دلیل وجود دارد که چرا پاره‌ای از بیماران اضطرابی، ابتدا در تشخیص افکار خودآیند دچار مشکل می‌شوند.

۱- این افکار کوتاه و خاص هستند و بلافاصله بعد از وقوع یک حادثه به ذهن می‌آیند. ۲- آنها معمولاً به صورت یک واژه کلیدی و یک تصویر ذهنی هستند و وقوف بر آنها و یادآوری‌شان مشکل است.۳- آنها در یک فرایند منطقی مانند: حل مسأله، قدم به قدم اتفاق نمی‌افتند.٤- افکار خودآیند (اتوماتیک)، انعکاسی هستند. ٥- افکار خودآیند بیشتر از انواع دیگرتفکر، واقعیت را تحریف می‌کنند(۸).

چون افکار مربوط به خطر، اضطراب‌انگیز هستند، بیماران سعی می‌کنند تصویر یا اندیشه کوتاه مدت مربوط به فاجعه مورد انتظار را فرونشانی کنند. این امر موجب می‌شود که بیمار نتواند از ماهیت دقیق دریافت‌های شناختی مربوط به اضطراب،آگاهی یابد(۱۳).

برای کمک به بیماران برای تشخیص افکار خودآیند منفی چند تکنیک بوجود آمده است که متداول‌ترین آنها بحث، درباره یک تجربه هیجانی جدید است.

۱- بحث درباره تجربه هیجانی اخیر

از بیماران خواسته می‌شود که رویداد یا موقعیت اخیر مربوط به اضطراب را که از آن، خاطره نسبتاً روشنی دارند یادآوری نمایند. این رویداد به تفصیل شرح داده می‌شود و درمانگر با طرح سؤال‌هایی، افکار مربوط به شروع و تداوم واکنش هیجانی را برمی‌انگیزاند. مثلاً بیماری که فکر می‌کند قلبش مشکلی دارد، ممکن است در پاسخ به سؤال «چه چیز شما را می‌ترساند؟» بگوید: «همیشه فکر می‌کردم که دچار حمله قلبی خواهم شد. اما پزشکم به من اطمینان داد که قلبم مشکلی ندارد و حالا فقط نگران اضطراب هستم» (۱۳).

۲-استفاده از تجسم یا ایفای نقش برای تجدید یک تجربه هیجانی

وقتی سؤال‌های ساده و مستقیم نتواند افکار خودآیند را برانگیزاند، بهتر است از بیمار خواسته شود که رویداد هیجانی را که اخیراً تجربه کرده است، احیا کند؛ یا آن را با جزییات هر چه بیشتر با استفاده از تجسم، تجدید نماید و یا اگر مسأله به روابط بین فردی مربوط می‌شود، به ایفای نقش بپردازد(۱۳).

۳- تغییرات خلقی در خلال جلسه

از تغییرات خلق در خلال جلسه مخصوصاً می‌توان به

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

عنوان منابع مهم افکار خودآیند استفاده کرد. درمانگر، تغییر در خلق بیمار را خاطرنشان می‌سازد و از بیمار می‌پرسد: «درست در همان لحظه چه چیزی به ذهنتان رسید؟»(۱۵).

۴- تعیین معنی و مفهوم یک رویداد

گاه تلاش ماهرانه برای برانگیختن افکار خود–آیند با شکست مواجه می‌شود. در این صورت، درمانگر باید از طریق سؤال کردن، معنی و مفهوم آن رویداد را از نظر بیمار مورد بررسی قرار دهد(۱۵).

دیدگاه‌های زیربنایی آموزش‌های شناختی–رفتاری:

۱- اپیکتوس فیلسوف یونانی معتقد بود که انسان‌ها بوسیله وقایع برانگیخته نمی‌شوند، بلکه دیدگاه آنها نسبت به وقایع، موجب برانگیختگی آنها می‌شود(۱).

۲- رویکردآلبرت الیس، تحت عنوان رویکرد عقلانی – عاطفی**(Rational Emotive Behavior Therapy)** بود.**REBT** یکی از اولین درمان‌های شناختی- رفتاری بود که او اولین بار در مقالات سال ۱۹۵٦ این نوع درمان‌ها را مطرح نمود(۱٦). یکی از فرض‌های این دیدگاه بر این مبناست که اغلب اوقات بدبختی‌های انسان‌ها براساس بدشانسی نیست، بلکه نتیجه نحوه نگرش افراد به وقایع، ارزیابی باورها و نگرش آنها نسبت به جهان و دیگران است. این مفهوم همان‌نظر فیلسوف یونانی اپیکتوس است که از قدیم‌الایام در مورد عقاید مطرح بوده است. در درمان عقلانی- هیجانی، مدل **A-B-C** به کار می‌رود. این مدل اظهار می‌دارد که فقط عامل **A** که همان برانگیزنده‌ها یا وقایع هستند، در نتیجه‌گیری از رویدادها نقش ندارند، بلکه عامل **B** یعنی باورهای افراد در مورد موضوع **A** به عنوان یک عامل و سازه انعطاف‌پذیر می‌تواند نتایج رفتاری هیجانی **C** را موجب شود(۱٦).

۳- رویکرد شناخت درمانی اولیه بک در مورد علت و درمان افسردگی بود. ولی او بعداً روی اختلالات اضطرابی متمرکز شد. بک به خصوص روی طرح‌واره‌های اساسی، یعنی شیوه‌ای که افراد اطلاعات را در مورد خود، دنیای خود، و آینده پردازش می‌کند، تأکید کرد(۱۷).

روش‌ها

این مطالعه با جستجو و بررسی بر روی تعدادی از کتب و مقالات مرتبط انجام شد. مقالات مرتبط در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر مانند: Proquest, Elsevier و Pubmed و با استفاده از کلمات کلیدی (Cognitive – behavioral therapy)، (Cognitive –behavioral education) و (Chronic diseases)به ویژه در فاصله سال‌های ۲۰۰۰- ۲۰۱۰ جستجو شد. در این راستا تعدادی از مقالات که بیشترین همخوانی را با موضوع مورد نظر داشتند، گزینش گردید و مبانی، اهداف و کاربرد آموزش‌های شناختی- رفتاری بالاخص در ارتباط با درمان بیماری‌های مزمن مورد بررسی کامل قرار گرفت. لازم به ذکر است که بیشتر این مقالات با طرح تجربی و نیمه تجربی و ۲ مقاله دارای طرح کیفی بودند.

نتایج

منطقی است اگر بگوییم هیچ مشکلی روانی یا جسمانی وجود ندارد که آموزش‌های شناختی–رفتاری بالقوه برای آن مؤثر نباشد(۱۸).

پژوهشی که توسط یوسفی و همکاران (۲۰۰٦) به منظور بررسی تأثیر درمان‌های شناختی–رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران عروق کرونری قلب انجام شد، نشان داد که این گونه درمان‌ها اضطراب بیماران قلبی گروه آزمایشی را به نحو معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش داد؛ علاوه بر آن اضطراب پنهان و اضطراب آشکار این بیماران نیز

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

کاهش یافت(۱۹).

پژوهشی که با هدف ارزیابی میزان تأثیر گروه درمانی شناختی–رفتاری در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک انجام شد؛نشان داد که گروه درمانی شناختی–رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی مکمل می‌تواند در افزایش تبعیت از درمان دارویی و بهبود عملکرد بین فردی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی یک مؤثر باشد(۲۰).

نتایج یک مطالعه انجام شده نیز نشان داد که آموزش‌های شناختی–رفتاری در کاهش سردرد تنشی مزمن بسیار مؤثر است. لذا توصیه می‌شود این روش درمانی در درمان این بیماران مورد استفاده قرار گیرد(۲۱).

پژوهشی دیگر که با هدف تأثیر آموزش‌های شناختی–رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام گرفت، نشان داد که آموزش‌های شناختی– رفتاری با در نظر گرفتن اثر احتمالی پیش‌آزمون در سه خرده مقیاس کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی تأثیر معناداری داشت(۲۲).

بحث

دلایل متعددی وجود دارد که آموزش‌های شناختی– رفتاری را به یک درمان مناسب برای مشکلات مربوط به بیماری‌های پزشکی طولانی مدت تبدیل می‌کند: نخست، مشکلات مزمن پزشکی با گروهی از مشکلات روانی همراه هستند که تأثیر آموزش‌های شناختی– رفتاری برای این مشکلات ثابت شده است؛ آموزش‌های شناختی، رفتاری درمان انتخابی برای بعضی از بیماری‌هاست یا نقش ثابت شده‌ای در درمان آنها دارد .حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه را در نظر می‌گیریم، آموزش‌های شناختی– رفتاری کم هزینه‌تر از دارودرمانی می‌باشد(۲۳). اهمیت اتخاذ یک رویکرد خود مدیریتی از سوی بیمار، برقراری ارتباط مشارکتی با کارکنان مراقبت بهداشتی و تشویق بیمار برای اتخاذ یک نقش فعال در درمان بیماری، همگی از فلسفه و اصول اساسی آموزش‌های شناختی–رفتاری اقتباس شده‌اند. ماهیت مشارکتی ارتباط بیمار و درمانگر و تأکید بر ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌ها برای درمان مشکلات روانی، با آموزش‌های شناختی–رفتاری و همچنین رویکرد خودمدیریتی پزشکی ارتباط دارد. تأکید کنونی خدمات بهداشتی بر دستیابی به درمان‌های دارای حمایت تجربی و مقرون به صرفه، احتمال دسترسی بیماران به آموزش‌های شناختی–رفتاری را افزایش می‌دهد(۱)

پروتکل‌های درمانی شناختی – رفتاری و آموزش‌های منتج از آنها، برای تعداد زیادی از اختلالات روانی تدوین شده‌اند و بسیاری از آنها در تحقیقات بالینی مؤثر شناخته شده‌اند؛ این پروتکل شامل: آموزش‌های شناختی–رفتاری برای افسردگی(۲٤)، اختلال وحشت‌زدگی(۲۵)، اختلال اضطراب منتشر(۹)، اختلال وسواس جبری(۲٦)، اختلال استرس پس از سانحه(۲۷)، خود بیمارپنداری(۲۸) ،اختلالات شخصیت(۲۹)،و اختلال دو قطبی(۳۰). می‌شوند. راچمن(۳۱) معتقد است کاربرد رویکردهای روانشناسی در شاخه‌های دیگر پزشکی در مقایسه با گسترش مدل‌های روانشناسی و روان درمانی در روانپزشکی کمتر از حد انتظار است. در ضمن آموزش‌های شناختی–رفتاری به صورت موفقیت‌آمیزی برای کنترل سندرم روده تحریک‌پذیر(۳۲)،سندرم خستگی مزمن(۳۳)، دردهای مزمن(۳٤) و سرطان(۳۵) و بیماری‌های عروق کرونر(۱۹) به کار رفته است؛ دراین اختلالات می‌توان از تکنیک‌های مختلف شناختی–رفتاری مانند: آرمیدگی، مقابله با افکار منفی، آموزش جرات‌ورزی، خودگویی مثبت حساسیت‌زدایی منظم، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و نظایرآن استفاده نمود.

نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر مطرح شدن دیدگاه زیستی–روانی– اجتماعی در طب موجب شده است که بهداشت و سلامت

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

روانی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بهداشت و سلامت جسمانی، تلقی گردد. در این راستا آموزش‌های شناختی–رفتاری به عنوان یکی از درمان‌های مطرح برای بیماری‌های مزمن بوده است. این درمان‌ها با ایجاد عوامل و حالات روانی مثبت می‌توانند نقش مقابله‌ای، مصون‌سازی و پیشگیری‌کننده در برابر بروز بیماری‌های مختلف و عوارض ناشی از آنها داشته باشد. هم اکنون در بسیاری از مراکز درمانی کشورهای پیشرفته، راهبردهای درمانی مبتنی بر مفاهیم روانشناختی و رفتاری مانند: آرام‌سازی و روش‌های شناختی تغییر افکار منفی به عنوان راهبردهای درمانی مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش‌ها گاهی به عنوان روش‌های اختصاصی درمان و گاهی به عنوان روش‌های مکمل به کار گرفته می‌شود.

با این که پیشرفت رویکردهای شناختی–رفتاری در زمینه اختلالات روانی، با کاربرد این رویکرد در شناخت جنبه‌های روانی سازگاری بیماری‌های جسمی هماهنگ نیست؛ اما با توجه به این که درمانگران، تلفیق مشاهدات بالینی با یافته‌های علمی را آغاز کرده‌اند(۳۶).هم اکنون در ابتدای راه استفاده از این رویکرد در شناخت جنبه‌های روانی سازگاری با بیماری‌های جسمی هستیم(۳۷).

منابع

1. Craig AW.Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems. uk: Wiley-Blackwell. 2001.
2.Turner J, Kelly B. Emotional dimention of chronic disease . West J Med. 2000; 172(2): 124–128.
3.Scandlyn J.When AIDS became a chronic disease. West J Med. 2000 February; 172(2): 130–133.
4. Stuart GW, Laraia MT. Principals and practice of psychiatric nursing. 8th Ed. Mosby.2004.
5.Bee P, Bargkin G, Keeley P, Lorell K.Cognitive behavioral therapy for people with psysical illness: A Systematic review of the literature .School of Nursing, Midwifery and social work, University of Manchester, Manchester, UK 2006.
6.Anxiety and Stress Disorders Clinic.Cognitive behavioral therapy, THE OHIO STATE UNIVERSITY . [cited 2006 Aug 27]. Available from: http://anxiety psycho-ohiostate edu/cbt. Htm.
7.Arabiyan A. Gang Ravan1:Tahlil & tafsir masnavi az manzar ravanshenasi. Esfahan:Ashena. 2006.[Persian].
8. Free M l.Cognitive Therapy in groups.2end ed. British library cataloguing in publication Data .2007.
9.Basler L,Jakle C, & Kroner-Herwing B. Cognitive Behavioral Therapy For Chronic Headache At German Pain centres.hezternational Journal of Rehabilitation and health.1998;2(4):235-252.
10.Khayyam-Nekouei Z,Yousefy AR.Application of Cognitive Behavioral Therapy for Rducing anxiety in Cardiac Patients. ARYA Atherosclerosis Journal 2007; 3(2): 69-71.
11.American Psychological Association.Gognitive behavior therapy. [cited 2011 Feb 27]. Available from: http//www.apa.org.
12.Friedman R,Sobel D,Mayers P,Caudill M, Benson H.Behavioral Medicine,Clinical Health Psychology,and cost offset.Health Psychology .1995;14(6):509-518.
13.Hawton K,Salkovskis MP , Clark J, Clark DM. Gognitive behavior therapy for Psychiatric Problems.A Practical Guide.3th ed. **Uk:** OUP Oxford .1989.
14.Heidari P, Latifnejad R, Sahebi A, Jahaniyan M, Mazloum SR. Impact of cognitive behaviour therapy on anxiety level of primary infertile women undergoing IUI. J Reprod Infertil. 2002; 3(3):78.
15.Linden W.Stress Management :From basic Science to better Practice .1st ed. Philadelphia:Sage Publication. 2004.
16.Ellis A.Reason and emotion of psychotherapy. NewYork: Citadel. 1994.
17.Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression (The Guilford Clinical Psychology

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

and Psychopathology Series).1st ed.New York.:Guilford Press.1987.
18.Enright SJ. Gognitive behavior therapy-Clinical application Beritish .Medical Journal. 1997;314:1811-1816.
19. Yousefy AR, Khayyam- Nekouei Z, Sadeghi M, Ahmadi SA, Ruhafza, H , Rabiei K, Khayyam-Nekouei SAR. The effect of cognitive behavior therapy in reducing anxiety in heart disease patients. ARYA Journal . 2006; 2(2): 84-88.
20.Masoodi Sh,Tabatabaei SM,Modares –Gharavi M,Ghanbari-Hashem Abadi BA. The effect of cognitive-behavior therapy in outcome of bipolar disorder I. The Journal of Fundamentals of Mental Health . 2009;10:289-298.
21.Sadooghi M, Akashe G.The effect of Cognitive behavior method for reducing migren. Journal of sharekord Medical science. 2010;11(3):85-92.
22. Khayyam-Nekouei Z,Yousefy AR.Manshaee GR. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality.Iranian Journal of Medical Education. 2010;10(2):148 – 154.
23.Antonucci DO,Thomas M , Danton WG.A cost-effectiveness of cognitive behavior therapy and fluoxetine in the treatment of depression.Behavior Therapy .1997; 28:187-210.
24.Dobsen KS.Meta-analysis of the efficacy of Cognitive therapy for depression.journal of consulting and clinical psychology. 1989;57(3):414-419.
25. Clark D A, Cook A, Snow D. Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls. Journal of Abnormal psychology.1998; 107(1) : 38-48.
26. Salkovskis P M.Understanding and treating OCD.Behavior and research Therapy .1999; 37 (Suppl.1) : 529-552.
27. Dunmore E, Clark DM , Ehlers A .Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assult. Behaviour Research and Therapy.1999 ; 37: 809-829.
28. Warwick H MC, Clark D M, Cobb AM, Salkovskis PM.A controlled trial of cognitive behavioural treatment of hypochondriasis. British Journal of psychiatry. 1996;169:189-195.
29. Davidson K. Cognitive Therapy for personality Disorders Butterworth Heinemann .2000.
30.Scott J. Cognitvie therapy for clients with bipolar disorder. Cognitive and Behavioral Practice .1996; 3: 29-51.
31. Rachman S. Progress toward a cognitive clinical psychology. Journal of Psychosomatic Research .1998; 45(5): 387-389.
32. Greene B, Blanchard E B. Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1994; 62(3): 576-582.
33. Price J R, Couper J. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001027..
34. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999;80(1-2):1-13.
35. Greer S, Moorey S, Baruch JD, Watson M, Robertson B M, Mason A, et al. Adujuvant psychological therapy for patients with cancer:A prospective randomized trial. Beritish Medical Journal. 1992 ;304:675-680.
36.Gelder M.The scientific foundation of Cognitive behaviour therapy .In D.M .Clark and C.G.Clark and C.G fairburn(Eds).Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy .Oxford: Oxford Univercity Press .1997.
37. Salkovskis PM, Rimes KA. Predictive genetic testing . Psychological factors. J Psychosom Res. 1997; 43(5):477-487.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]

Basis of Cognitive-Behavioral Trainings and its Applications in Recovery of Chronic Diseases

Alireza Yousefy [1], Zohreh KhayamNekouei [2]

Abstract

Introduction: *Due to the increasing epidemic of chronic diseases, this study was performed to investigate the applicability of cognitive-behavioral trainings on recovery of chronic diseases.*
Methods: *This study was performed through review, categorization, and evaluation of a number of related articles and books published during years of 2000 to 2010.*
Results: *findings showed that cognitive-behavioral trainings were effective in recovery of chronic diseases and their consequent complications both individually and along with pharmaceutical therapies .*
Conclusion: *In spite of the fact that cognitive-behavioral training is in primary stages in treatment of chronic diseases, it could be used as an effective technique for treatment of chronic diseases and their consequences.*

Keywords: cognitive-behavioral trainings, chronic disease.

Addresses
1.Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail:aryousefy@edc.mui.ac.ir
2.(✉) PhD Student of Psychology, Islamic Azad University- Isfahan Science and Research Branch, Shahrouz Alley, Abshar 1 St, Isfahan, Iran. E-mail: khayyamnekouei@gmail.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-09]