ORIGINAL ARTICLE

Effect of Expressive Writing on Promotion of Body Image in Women with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial

Bahare Afshar[1],
Leila Amini[2],
Seyed Massood Nabavi[3,4],
Mahsahd Mohammadnouri[5],
Shayesteh Jahanfar[6],
Maryam Hasani[7]

[1] MSc Student in Midwifery Counseling, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Nursing Care Research Center, Associate Professor, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3] Professor, Department of Brain and Cognitive sciences, Royan Institute for Stem Cell Biology and Technology, Academic Center for Education, Culture and Research, Tehran, Iran
[4] Professor, Regenerative Biomedicine Department, Neurology and MS group, Royan Institute for Stem Cell Biology and Technology, Academic Center for Education, Culture and Research, Tehran, Iran
[5] PhD in Psychology, Department of Education, Vancouver Career College, Registered Clinical Counsellor in British Columbia, Canada
[6] Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health Professions, Central Michigan University, Michigan, USA
[7] PhD in Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

(Received June 28, 2019 ; Accepted August 31, 2020)

Abstract

Background and purpose: Multiple sclerosis (MS) affects own physical function and body image. The aim of this study was to determine the effect of expressive writing on body image in women with MS.

Materials and methods: In this randomized trial, the Solomon four-group design was employed. The study was carried out in 116 women attending an MS clinic in Tehran, Iran 2019. The participants were randomly assigned to two subgroups of control (A_1 and A_2) and two subgroups of intervention (B_2 and B_1). Pretest and posttest were done in A2 and B2 while for A1 and B1only posttest was performed. Expressive writing including morning pages, meeting the inner child, and creative assignments were carried out for six weeks. The control group received routine care. Fisher Body Focus Questionnaire was completed at pretest in A_2 and B_2 and at posttest in all groups (immediately after the intervention, and at weeks four and eight). Data analysis was done in SPSS V26.

Results: The mean scores for body image in B_2 were 145.65±19.89 at pretest, 156.89±9.54 immediately after the intervention, 158.16±8.92 at week four, and 153.96±8.27 at week eight. In A_2, the mean score at these times were 144.96±7.17, 145.55±5.10, 145.28±7.84, 145.00±9.15, respectively. Expressive writing significantly improved body image in B_2 at immediately and four weeks after the intervention compared to pretest ($P<0.001$). There were significant differences between the control group and intervention group at immediately after ($P=0.002$) and four weeks ($P=0.03$) after the intervention.

Conclusion: Expressive writing could be effective in improving body image in women with MS.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20110629006917N4)

Keywords: expressive writing, emotional disclosure, body image, Multiple Sclerosis

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 30 (192): 54-67 (Persian).

*** Corresponding Author: Leila Amini** - School of Nursing and Midwifery, Iran university of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: amini.l@iums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی ام شماره 192 دی سال 1399 (67-54)

تاثیر بیان نوشتاری بر ارتقا تصویر بدنی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس: کارآزمایی تصادفی همراه با گروه کنترل

بهاره افشار[1]
لیلا امینی[2]
سید مسعود نبوی[3,4]
مهشاد محمدنوری[5]
شایسته جهانفر[6]
مریم حسنی[7]

چکیده

سابقه و هدف: بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) می‌تواند بر عملکرد جسمی و تصویر بدنی تاثیرگذار باشد. هدف مطالعه حاضر تعیین تاثیر بیان نوشتاری بر تصویر بدنی زنان مبتلا به MS بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی تصادفی همراه با گروه کنترل بود که با طراحی چهارگروهی سولومون بر روی 116 زن مبتلا به MS در سال 1398، در یک کلینیک تخصصی MS در شهر تهران انجام شد. نمونه‌ها به‌طور تصادفی در دو زیرگروه کنترل (A_1 و A_2) و مداخله (B_2 و B_1) قرار گرفتند. زیرگروه‌های A_2 وB_2 دارای پیش‌آزمون و پس آزمون و A_1 و B_1 تنها پس آزمون داشتند. بیان نوشتاری به مدت 6 هفته در منزل شامل صفحات صبحگاهی، ملاقات با کودک درون و اجرای تکالیف خلاقانه انجام شد. تصویر بدنی با استفاده از پرسشنامه تصویر بدنی فیشر در پیش از مداخله (در دو گروه) و پیگیری‌های بلافاصله، 4 هفته و 8 هفته (در هر چهار زیرگروه) بعد از مداخله سنجیده شد. برای گروه‌های کنترل، مراقبت روتین انجام گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 26 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین تصویر بدنی در گروه B_2 در پیش‌آزمون (19/89±145/65)، در پیگیری بلافاصله (9/54±156/89)، 4 هفته (8/92±158/16) و 8 هفته (8/27±153/96) و در گروه کنترل A_2 در پیگیری‌های فوق به‌ترتیب 7/17±144/96، 5/10±145/55، 7/84±145/28، 9/15±145/00 بود. بیان نوشتاری به‌طور معنی‌داری تصویر بدنی را در گروه B_2 در پیگیری بلافاصله و 4 هفته بعد از مداخله نسبت به پیش‌آزمون بهبود بخشید (P<0/001). تفاوت بین گروه آزمون و کنترل در دو پیگیری بلافاصله (P=0/002) و 4 هفته (P=0/03) بعد از مداخله نیز معنی‌داری بود.

استنتاج: بیان نوشتاری می‌تواند در ارتقای تصویر بدنی در زنان مبتلا به MS تاثیرگذار باشد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT2011062900691N4

واژه های کلیدی: بیان نوشتاری، تخلیه هیجانی، تصویر بدنی، مولتیپل اسکلروزیس

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک اختلال نورولوژیک خودایمنی دمیلیزان نسبتا شایع و با علت نامشخص است. این بیماری ناتوان‌کننده و مزمن سیستم عصبی مرکزی می‌تواند با تخریب غلاف میلین و در موارد

مولف مسئول: لیلا امینی - تهران: خیابان ولی عصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران E-mail:amini.l@iums.ac.ir
1. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
2. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
3. استاد، گروه مغز و علوم شناختی، موسسه زیست شناسی و فناوری سلول های بنیادی رویان، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
4. استاد، گروه زیست پزشکی ترمیمی، گروه اعصاب و روان، موسسه زیست شناسی و فناوری سلول های بنیادی رویان، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
5. دکترای روان شناسی، گروه آموزش، دانشکده حرفه ای ونکور، مشاور بالینی رسمی در ایالت بریتیش کلمبیا، کانادا
6. استادیار، گروه سلامت عمومی، دانشکده بهداشت حرفه ای، دانشگاه مرکزی میشیگان، امریکا
7. دکترای بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران
تاریخ دریافت : 1399/4/8 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :1399/4/10 تاریخ تصویب : 1399/6/10

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

شدیدتر، صدمه به آکسون‌ها و الیگودندریت‌ها باعث فلج، اختلال سیستم حسی و به هم‌خوردن سیستم تعادلی شود(3-1). از نظر شیوع، ایران در مناطق کم خطر شیوع MS قرار داشته و شیوع آن در مناطق مختلف ایران از 5/3 تا 74/28 در هر 100/000 نفر متغیر گزارش شده است(4). با توجه به این‌که شایع‌ترین سن شروع این بیماری 40-20 سالگی می‌باشد(6،5،3) و زنان 3 الی 4 برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند(8،7)، می‌توان این چنین نتیجه گرفت که زنان سنین باروری آسیب‌پذیرترین افراد در برابر این بیماری می‌باشند. این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و همه ابعاد زندگی روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد(7)، به‌طوری‌که افراد را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق داده و مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد(8). به دلیل مزمن و ناتوان‌کننده بودن، نشانه‌های متنوع بیماری، درمان‌های طبی و عوارض جانبی ناشی از آن، پیش‌آگهی و دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی بیماری تاثیر منفی برعملکرد روحی و جسمی دارد(10،9).

تصویر بدنی یا تصویر ذهنی فرد از خود، تحت تأثیر احساسات، نگرش‌ها، تمایلات، رفتارها، ادراک خودآگاه و ناخودآگاه راجع به بدن، احساس ارزش و نقش‌های فردی است(12،11). محققان معتقدند تصویر بدنی در طی سال‌های متمادی تکامل یافته و ممکن است در عرض چند ساعت، چند روز، چند هفته و یا چند ماه بسته به نوع محرک در محیط و تغییر واقعی ایجاد شده در ظاهر، ساختمان و فعالیت‌های بدن تغییر نماید(11). تصویر بدنی در افراد مبتلا به ناتوانی جسمی به‌عنوان یک درک روان‌شناختی تعبیر می‌شود که با استفاده از فاکتورهای اجتماعی ناتوانی قابل تفسیر است، چرا که واکنش‌های دریافت شده از محیط و اجتماع بر این ارزش‌گذاری مؤثر خواهند بود که این خود نیز می‌توان زمینه‌ساز اختلال در وضعیت عاطفی گردد چرا که نگرش‌های اجتماعی در ارتباط با ناتوانی‌های جسمی به صورت وسیع ناخوشایند است(13). در حقیقت تصویر بدنی، با تغییرات در بدن به دنبال تغییر در قضاوت جامعه از بدن فرد، تغییر می‌کند چرا که نگرش‌های اجتماعی منفی و درونی کردن آن‌ها توسط فرد بر ارزش‌گذاری به بدن افراد ناتوان، تأثیرگذار خواهد بود(14). تأثیر ناتوانی جسمی بر تصویر بدنی مسأله مهمی است‌که در بیماری‌های مزمنی همانند MS به آن توجه کمی شده است(15). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در صورتی که پنداشت مثبتی از بدن خود داشته باشند با بیماری و با تغییر جسمی جدید سازگاری بهتری پیدا می‌کنند و بالعکس در صورتی که حس عدم اطمینان از هویت جدید به وجود آید، عزت نفس کاهش می‌یابد(16). این بیماری به شدت می‌تواند تصویر بدنی و احساس جذابیت را در بیماران تحت تأثیر قرار دهد، زیرا زمانی که بیماران نمی‌توانند با تغییرات خود مواجه شوند و آن را با بدن ایده‌آل قبلی خود تطابق دهند، ارزیابیشان از کل بدن نیز دچار تغییر خواهد شد(17).

طبق مطالعات انجام شده، افراد با حساسیت اضطرابی بالا ضمن گرایش به فاجعه‌سازی و ارزیابی منفی نشانه‌های معمول اضطراب(18)، پیوسته در تلاش هستند تا این حالات هیجانی و سایر احساسات منفی خود را پنهان کنند. این در حالی است که اجتناب از مواجه با هیجانات و تجربه آن‌ها، بار روانی بیش‌تری به همراه داشته و به‌طور متناقضی سبب افزایش احساسات و افکار منفی در شخص می‌شود که این امر به نوبه خود می‌تواند علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس را تحت تاثیر قرار دهد(19). مواردی که افراد از طریق بازداری از بروز احساسات و پنهان کردن استرس‌ها با مشکلاتشان مقابله می‌کنند، این بازداری با فعال‌سازی سیستم هورمونی و سیستم سمپاتیک می‌تواند به سیستم ایمنی آسیب برساند، لذا اقداماتی از قبیل فرآیند آشکارسازی و برون‌ریزی عاطفی برای کاهش بی‌نظمی‌های سیستم ایمنی به کار گرفته می‌شود(20).

بیان نوشتاری که جزئی از مداخلات روانشناختی محسوب می‌شود، تا به حال نتایج مثبتی را روی تصویر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

بدنی از خود نشان داده است(23-21). نوشتن در مورد حوادث تروماتیک، استرس‌زا یا عاطفی موجب بهبود در سلامت جسمی و روانی شده است(24). در پارادایم اولیه بیان نوشتاری که توسط Pennebaker در سال‌های 1994 تا 1999 طراحی شده است، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا عمیق ترین افکار و تجربیات خود را در مورد این رویدادها بنویسند(25). اخیرا به نوشتن در خانه یا در محیط بالینی نیز اقدام شده است و این روش نتایج موثری را در پی‌داشته است. همچنین برخی دیگر از پیشکسوتان در زمینه بیان نوشتاری مانند Gillie Bolton "نویسندگی خلاق" را به عنوان بخش قدرتمندی از این روش دانستند(26).

یک باور قدیمی در روانشناسی از این فرضیه پشتیبانی می‌کند که از طریق صحبت کردن یا نوشتن درباره مسائل احساسی یا شخصی، افراد به درک بیش‌تری از انگیزه‌ها، افکار، احساسات و اهداف خود دست می‌یابند(27). وقتی درباره رویدادی با بار هیجانی نوشته شود، آن رویداد به روایتی تبدیل شده که هیجانات و نکات نامفهوم آن در قالب کلمات و عبارات مشخص، معنا یافته و نسبت به ترس‌ها و احساسات ناگفته و ناخودآگاه، شناخت و آگاهی لازم حاصل می‌شود(28). بیان نوشتاری احساسات به افراد کمک می‌کند تا خود و تجربیاتشان را شناخته، وقایع و اتفاقات را در یک مسیر معنی‌داری به یاد آورده، آن‌ها را سازماندهی کرده و همزمان با آن، افکار و احساساتشان را یکپارچه کنند(25). به‌طور کلی بیان نوشتاری در مطالعات گوناگون توانسته سبب بهبودی پیامدهای مرتبط با سلامت شود(32-29). به نظر می‌رسد در بیماران مبتلا به MS، روش بیان نوشتاری در صورت موثر بودن می‌تواند به عنوان یک مداخله مقرون به‌صرفه مطرح شود. برون‌ریزی نوشتاری احساسات، علاوه بر تاثیری که در بهبود وضعیت هیجانی شخص دارد، به آسانی قابل آموزش و اجرا است و انجام آن به شکل خودیار، بدون مراجعات حضوری و مستمر و با دخالت کم‌تر فرد مداخله‌کننده همراه می‌باشد(28،27). در سال‌های اخیر مداخله بیان نوشتاری توجه پژوهشگران بسیاری را به خود جلب کرده و استفاده از آن با اهداف متعددی در حال افزایش می‌باشد. با این وجود، تاکنون مطالعات محدودی به بررسی تاثیر مداخلات بر تصویر بدنی پرداخته‌اند و از بین مداخلات روانشناختی انجام شده بر تصویر بدنی زنان با مولتیپل اسکلروزیس، هیچ مطالعه مشابه با مقاله حاضر یافت نشد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر بیان نوشتاری بر تصویر بدنی زنان با مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

مواد و روش ها

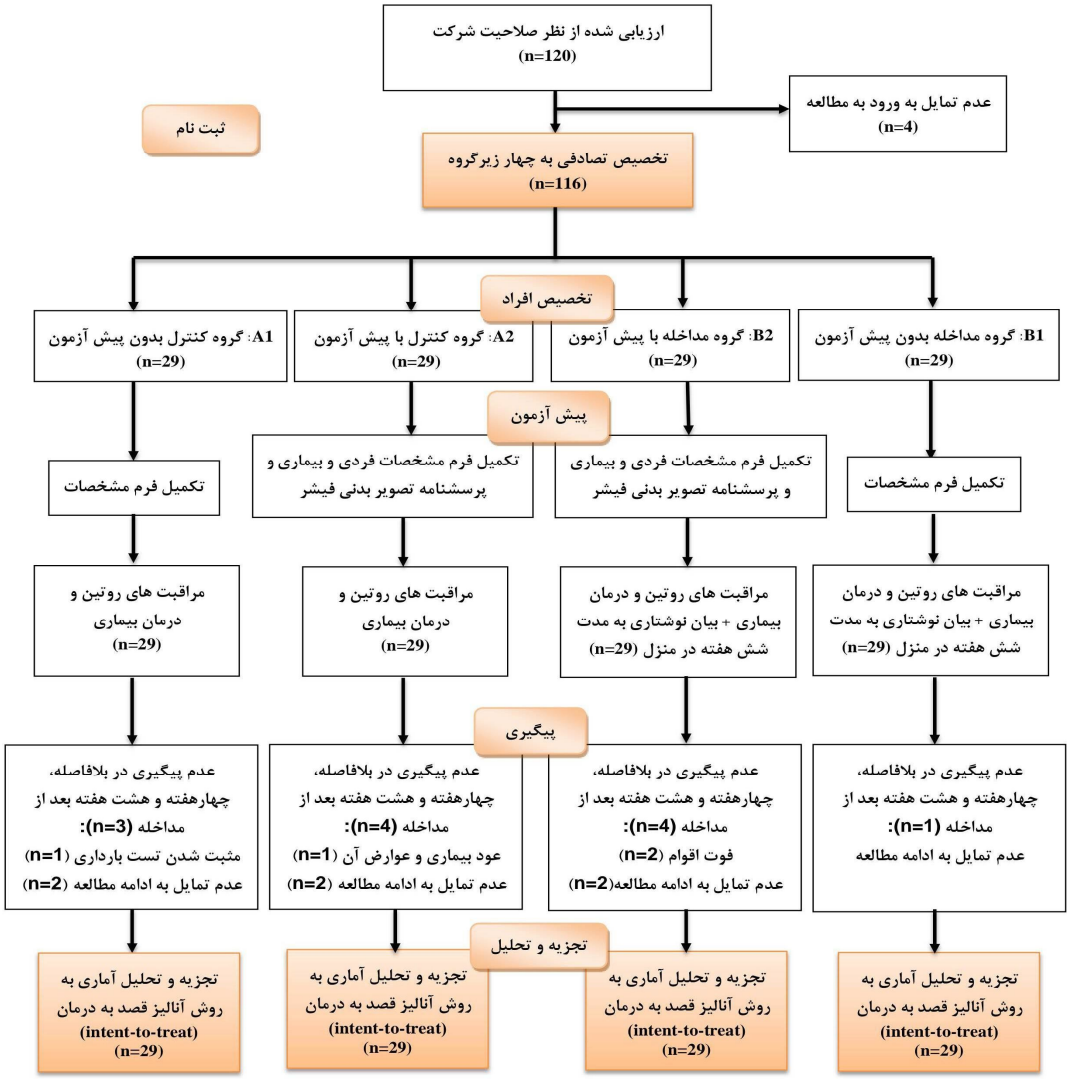
این مطالعه از نوع کارآزمایی تصادفی همراه با گروه کنترل بود که با طراحی سولومون چهار گروهی در کلینیک تخصصی بیماری‌های مغز و اعصاب و مولتیپل اسکلروزیس واقع در شهر تهران در سال 1398 انجام شد. پس از اخذ نامه کمیته اخلاق با شماره‌نامه IR.IUMS.REC.1398.763 دانشگاه علوم پزشکی ایران و کد IRCT20110629006917N4، پژوهشگر در روزهای کاری و به صورت منظم با در دست داشتن معرفی‌نامه به محیط پژوهش مراجعه کرد.

زنان متاهل 18 تا 45 ساله مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل 6 ماه از تشخیص بیماری، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، الکل، مخدرها، مواد توهم زا در زوجین بنا به اظهار بیمار یا ثبت شده در پرونده، عدم ابتلا به بیماری مزمن دیگری غیر از MS در واحدهای پژوهش، عدم بارداری یا شیردهی، عدم رخداد حادثه تنش‌زا از سه ماه قبل از مداخله بنا به اظهار بیمار، دسترسی و توانایی استفاده از شبکه‌های مجازی نظیر واتس آپ و عدم وجود ارتباط شرکت‌کنندگان با دیگر مراجعه‌کنندگان در آن مرکز و یا عدم عضویت در گروه مجازی مشترک و کسب نمره ناتوانی کم‌تر از 4/5 براساس تشخیص پزشک وارد مطالعه شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان 95 درصد و توان آزمون 90 درصد، با استفاده از میانگین و انحراف‌معیار تصویر بدنی برابر با 17/20±162/92 در گروه کنترل و15/22±169/08 درگروه مداخله در مطالعه مشابه(32) و با در نظر گرفتن 10 نمره تغییر حائز اهمیت ازنظر بالینی در میانگین تصویر بدنی سنجیده شد و تعداد 29 نفر در هر زیرگروه و به‌طورکلی 116 نفر برآورد شد.

این مطالعه جهت تعیین تاثیر پرسشنامه‌های پیش‌آزمون برنگرش و ذهنیت واحدهای پژوهش به صورت چهار گروهی سولومون طراحی شد. براساس این طراحی واحدهای پژوهش به‌طور تصادفی به دو زیرگروه کنترل (A_1 و A_2) و دو زیرگروه مداخله (B_2 و B_1) تخصیص داده شدند که در یک زیرگروه کنترل (A_2) و یک زیرگروه مداخله (B_2) پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در دو زیرگروه دیگر (A_1 و B_1) تنها پرسشنامه‌های پس آزمون پاسخ داده شدند(33) (تصویر شماره 1). تصادفی سازی بر اساس جدول اعداد تصادفی که از سایت randomization.com تهیه شده بود انجام گرفت و نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه در هر یک از زیرگروه‌ها ادامه یافت.



تصویر شماره 1: دیاگرام مراحل پژوهش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

پس از معرفی، پژوهشگر ابتدا به توضیح اهداف، روش کار و نحوه اجرای مداخله پرداخته و به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی درمان‌های مرتبط با بیماری را دریافت می‌کنند و در صورت بروز هرگونه مشکل توسط پزشک خود به‌صورت رایگان ویزیت خواهند شد. همچنین یک شماره تماس جهت پاسخگویی به سوالات احتمالی و درخواست راهنمایی در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه به صورت فردی برای هر یک از شرکت کنندگان و اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان از این بابت که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و نیازی به ذکر مشخصات هویتی نمی‌باشد، مراحل مقدماتی اجرا شد.

جلسه توجیهی به شکل انفرادی برای شرکت کنندگان هر فرد از دو گروه مداخله بعد از انجام ویزیت توسط پزشک و پیش از خروج از مرکز، به مدت یک ساعت در روزهای کاری برگزار شد و روش اجرای مداخله و انواع تکنیک‌ها و تکالیف براساس کتاب بیان نوشتاری به روش خلاق توضیح داده شد(35). محتوای مداخله، تکالیف و تکنیک‌ها در اختیار تمامی افراد هر دو گروه مداخله قرارگرفت. همچنین به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که در صورت احساس تغییرات خلقی طی اجرای مداخله، امکان ویزیت رایگان توسط روانشناس بالینی حاضر در تیم تحقیق فراهم شده است. بلافاصله پس از برگزاری جلسه آموزشی افراد از مرکز خارج می شدند و از آن‌جایی‌که نوبت ویزیت مجدد افراد توسط پزشک به صورت روتین هر سه ماه یکبار بود شانس تماس مجدد با سایر افراد پایین بود و افراد تا انتهای مداخله در مرکز حضور مجدد نداشتند.

به‌طور کلی دوره مداخله شش هفته‌ای طراحی شد، در اصول بنیادی این روش از بیان نوشتاری دو ابزار محوری وجود دارد که عبارتند از: صفحات صبحگاهی (به معنی نوشتن روزانه سه صفحه از دفتری که در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شده بود) و قرار ملاقات با هنرمند درون (رفتن به گردش و تفریح از پیش برنامه‌ریزی شده که تاجای ممکن لغو نخواهد شد و خرید هدیه‌ای کوچک برای خود)، همچنین تکالیف خلاقانه (مانند به یاد آوردن دوران کودکی و ترسیم اتاق بازی کودکی، نام بردن از سه قهرمان زندگی، شرح زندگی‌های خیالی و... که به طور متوسط در هر هفته 10 الی 14 تکلیف خلاقانه داشتند و تکالیف هر هفته با هفته بعد متفاوت بود) به صورت هفتگی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد که روزانه به‌صورت انتخابی به انجام یک یا دو مورد از آن می پرداختند(35). تکالیف نوشتاری توسط شرکت‌کنندگان در منزل جهت حفظ حریم خصوصی بیماران و راحتی بیماران به‌دلیل احتمال وجود اختلال حرکتی در این بیماران اجرا شد، همچنین از آن‌ها خواسته شد که نوشتن را ترجیحا در محیطی آرام و در اولین فرصت پس از بیدار شدن از خواب، اجرا کنند. تعهدنامه و قراردادی خدمت شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله ارائه شد و پیش از شروع نوشتن در منزل آن را امضا می‌کردند تا اجرای مراحل کار را به‌عنوان بخشی از کارهای روزمره خویش بدانند. پژوهشگر جهت پیگیری اجرای مداخله، طی تماس تلفنی با شرکت‌کنندگان هر دو گروه در روزهای مشخص شده، مراحل نوشتاری را یادآوری کرد و پس از پایان هر هفته واحدهای پژوهش به ارزیابی عملکرد خود پرداختند و برای پژوهشگر ارسال کردند که سوالات آن به شرح زیر بود:

- ✓این هفته چند روز از هفته صفحات صبحگاهی تان را نوشته اید؟
- ✓آیا این هفته بر سر قرار ملاقات با هنرمند درونتان رفتید؟
- ✓آیا این هفته متوجه نکاتی در جهت بهبود حال خود شدید؟
- ✓به طور کلی چند درصد از تکالیف را انجام دادید؟

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات فردی و بیماری و آزمون تصویر بدنی فیشر بود. مشخصات فردی و بیماری شرکت‌کنندگان که شامل سوالات مربوط به سن، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، طول مدت ازدواج، سن همسر، تحصیلات همسر، شغل همسر و در بخش مشخصات بیماری شامل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

سوالاتی از قبیل طول مدت بیماری، سن شروع بیماری، طول مدت مصرف دارو و نمره ناتوانی بود. آزمون تصویر بدنی فیشر دارای 46 ماده است(36) و حیطه‌های مورد سنجش در آن، شامل 12 گویه مربوط به سر و صورت، 10 گویه مربوط به اندام‌های فوقانی و 6 مورد در مورد اندام‌های تحتانی است. 18 ماده دیگر، نگرش نسبت به ویژگی‌های کلی بدن را می سنجد و سوالات با لیکرت 5 نمره‌ای (خیلی ناراضی تا خیلی راضی) سنجیده می‌شوند و نهایتا برای به‌دست آوردن نمره تصویر بدنی نمره گویه‌ها با هم جمع می‌شود.

پایایی و روایی پرسشنامه تصویر بدنی با سه روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و ضریب تنصیف گاتمن در مطالعه نظرپور و خزایی نیز محاسبه گردید که به‌ترتیب برابر 0/918، 0/861 و 0/861 به دست آمد(37). در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی پرسشنامه، آن را در اختیار ده نفر از اعضای هیات علمی قرار دادیم، روایی صوری به‌صورت کمی و با استفاده از روش تاثیر آیتم اندازه‌گیری شد و نمره تاثیر تمامی گویه‌ها بالای 1/5 برآورد شد، همچنین در سنجش روایی محتوایی از شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) استفاده شد، شاخص نسبت روایی محتوایی برای تمامی گویه‌ها بالای 0/7 و شاخص روایی محتوایی برای تمامی گویه‌های بالای 0/8 بود.

پرسشنامه‌های ذکرشده در 4 نوبت شامل پیش از شروع مداخله (برای گروه‌های دارای پیش‌آزمون کنترل A_2 و مداخله B_2)، بلافاصله بعد از اتمام مداخله، 4 هفته بعد از اتمام مداخله و 8 هفته بعد از اتمام مداخله در هر 4 گروه سنجیده شد. در تحلیل نتایج این مطالعه از آنالیز قصد به درمان (intention-to-treat) استفاده شد و همه بیماران که به‌صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفته بودند، صرف‌نظر از نوع مداخله دریافتی، به پایان رساندن مداخله و عدم پیروی آن‌ها از دستورالعمل و هر اتفاقی که بعد از تصادفی‌سازی رخ داده بود، در مرحله پس‌آزمون وارد تجزیه و تحلیل شدند(38).

توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و با بررسی مقادیر چولگی (Skewness) و کشیدگی (Kurtosis) سنجیده شد. اطلاعات دموگرافیک با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف‌معیار بررسی شد، جهت بررسی هموژنیتی هر چهار زیرگروه، بسته به توزیع داده‌ها از آزمون آنووا در داده‌های نرمال و کروسکال والیس و کای دو در داده‌های غیرنرمال استفاده شد. با توجه به این‌که متغیر تصویر بدنی در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون مرحله یک، دو و سه در هر چهار زیر گروه در آزمون کلموگروف- اسمیرنوف معنی‌داری بودند ($P< 0/05$) همچنین در مواردی که مقادیر چولگی و کشیدگی بین 1 تا 1- نبوده و توزیع یافته‌ها نرمال نبود؛ از آزمون‌های نان پارامتریک مانند من ویتنی یو و فریدمن استفاده شد. قابل ذکر است $P<0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظرگرفته شد. پس ازجمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS نسخه 26 شد.

یافته ها

در این مطالعه به‌طور کلی 116 نفر از زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وارد شدند که 29 نفر در هر یک از زیرگروه‌های کنترل (A_1 و A_2) و مداخله (B_1 و B_2) حضور داشتند (جدول شماره 1).

میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان در هر دو گروه کنترل و مداخله دارای تحصیلات بیش‌تر از دیپلم بوده و همچنین نزدیک به نیمی از زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شاغل بودند. به‌طور کلی میان هیچ یک از متغیرهای مشخصات فردی و بیماری در چهار گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. مشخصات فردی و بیماری شرکت‌کنندگان به تفکیک زیرگروه‌های کنترل A_1 و A_2 و مداخله B_1 و B_2 در جدول شماره 1 آمده است. نتایج ارزیابی عملکرد شرکت‌کنندگان در گروه مداخله نشان داد که اگرچه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

گروه مداخله B_1 نسبت به گروه B_2 در هر سه تکنیک بیان نوشتاری فعالیت بیش‌تری داشتند اما بین دو زیر گروه مداخله تعداد روزهای انجام صفحات صبحگاهی و درصد تکالیف انجام شده تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

میانگین و انحراف‌معیار نمره تصویر بدنی شرکت کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه پیگیری بلافاصله، یک و دو ماه پس از مداخله براساس آنالیز قصد به درمان نیز در جدول شماره 2 آمده است. هیچ یک از شرکت‌کنندگان نمره کم‌تر از 46 کسب نکردند و اختلال در تصویر بدنی نداشتند. نتایج آزمون من‌ویتنی یو نشان داد که میانگین نمره تصویر بدنی در پیش‌آزمون گروه‌های کنترل و مداخله (در دو زیرگروه A_2 و B_2) تفاوت معنی‌داری نداشتند. در هر یک از گروه‌های آزمون B_1 و B_2، براساس نتایج آزمون فریدمن مداخله تاثیر مثبت و معنی‌داری بر نمره تصویر بدنی داشته است ($P<0/001$)، اما در روند پژوهش، تفاوت معنی‌داری در دو گروه کنترل A_1 و A_2 قابل مشاهده نبود. در بررسی سطح معنی‌داری درون گروهی با استفاده از آزمون ویلکاکسون که پیگیری‌ها را به صورت دو به دو مورد بررسی قرار داد، در گروه مداخله B_2 بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اول و پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوم اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/001$). همچنین در مقایسه پس‌آزمون دوم و سوم در هر یک از گروه‌های B_1 و B_2 اختلاف معنی‌داری به‌دست آمد ($P<0/001$).

درمقایسه تصویر بدنی بین گروه کنترل A_2 و مداخله B_2 نسبت به پیش‌آزمون و بر اساس آزمون من‌ویتنی یو نشان داده شد که دراختلاف نمره پس‌آزمون اول و پیش آزمون و اختلاف نمره پس‌آزمون دوم و پیش‌آزمون بین دوگروه فوق تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره3).

در مقایسه دو روش آنالیز قصد به درمان و مبتنی بر پروتکل نشان داده شد که میانگین نمرات تصویر بدنی و اختلاف نمره هر پیگیری با پیش آزمون در گروه‌های مداخله و کنترل دارای پیش‌آزمون (A_2 و B_2) در هیچ یک از گروه‌ها و پیگیری‌ها با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول شماره 4 و 5).

جدول شماره 1: مقایسه مشخصات فردی و بیماری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس در گروه های مداخله و کنترل

متغیرها	گروه ها	کنترل			مداخله			سطح معنی داری
		A_1 بدون پیش آزمون	A_2 با پیش آزمون	کل	B_1 بدون پیش آزمون	B_2 با پیش آزمون	کل	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ±میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ±میانگین	
سن (سال)		32/24±5/13	31/10±5/69	31/67±5/40	33/72±7/53	34/96±6/73	33/84±7/08	*F=6/21 ، P=0/27
سن همسر (سال)		37/72±5/62	36/03±6/76	36/87±6/22	38/86±8/12	39/68±7/13	38/84±7/49	**H=2/74 ، P=0/43
مدت تاهل (سال)		10/03±5/51	8/34±6/32	9/22±5/88	11/10±7/72	10/82±7/52	10/96±7/56	*F=0/25 ، P=0/43
مدت مصرف دارو (سال)		4/79±2/80	3/79±2/22	4/29±2/56	5/48±5/38	5/24±3/20	5/36±3/26	** H=4/18 ، P=0/37
مدت بیماری (سال)		4/62±2/41	4/03±2/14	4/32±2/28	5/62±3/44	5/34±3/34	5/48±3/36	**H=3/12 ، P=0/24
نمره ناتوانی (سال)		1/58±0/68	1/48±0/50	1/46±0/59	1/79±0/90	1/89±0/90	1/84±0/89	**H=5/86 ، P=0/11
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
تحصیلات	دیپلم و پایین تر	13 (44/8)	13 (44/8)	26 (44/8)	12 (41/4)	7 (24/1)	19 (32/8)	***chi^2=3/59 ، P=0/30
	بالاتر از دیپلم	16 (55/2)	16 (55/2)	32 (55/2)	17 (58/6)	22 (75/9)	39 (67/2)	
تحصیلات همسر	دیپلم و پایین تر	16 (55/2)	15 (51/7)	31(53/4)	14 (48/3)	12 (41/4)	26 (44/8)	***chi^2=1/20 ، P=0/75
	بالاتر از دیپلم	13 (44/8)	14 (48/3)	27(46/6)	15 (51/7)	17 (58/6)	32 (55/2)	
شغل	خانه دار	14(48/3)	17(58/6)	31(53/4)	16(55/2)	17(58/6)	33(56/9)	***chi^2=0/83 ، P=0/84
	شاغل	15(51/7)	12(41/4)	27(46/6)	13(44/8)	12(41/4)	25(43/1)	
شغل همسر	شاغل	27 (93/1)	26 (89/7)	53 (91/4)	29 (100)	27 (93/1)	56 (96/6)	****Cramer's V=0/15 ، P=0/40
	بیکار	2 (6/9)	3 (10/3)	5 (8/6)	0	2 (6/9)	2 (3/4)	
وضعیت اقتصادی	نامطلوب	3(10/3)	5(17/2)	8(13/8)	5(17/2)	8(26/7)	13(22/4)	***chi^2=6/81 ، P=0/33
	نسبتا مطلوب	20(69)	16(55/2)	36(62/1)	21(72/4)	18(62/1)	39(67/2)	
	مطلوب	6(20/7)	8(27/6)	14(24/1)	3(10/3)	3(10/3)	6(10/3)	
روند بیماری	عود و فروکش	19(65/5)	20(69)	39(67/2)	21(72/4)	20(69)	41(70/7)	****Cramer's V=0/13 ، P=0/70
	پیشرونده اولیه	7(24/1)	4(13/8)	11(19)	4(13/8)	6(20/7)	10(17/2)	
	پیشرونده ثانویه	2(6/9)	2(6/9)	4(6/9)	0	2(6/9)	2(3/4)	
	پیشرونده/عود کننده	1(3/4)	3(10/3)	4(6/9)	4(13/8)	1(3/4)	5(8/6)	

* : آزمون Anova ، ** : آزمون کروسکال والیس ، *** : کای اسکوئر پیرسون ، **** : کای اسکوئر تصحیح یتس (کرامر)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره 2: مقایسه تصویر بدنی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در گروه های کنترل و مداخله

گروه ها / پیگیری	کنترل			مداخله			مقایسه نمره پیش آزمون
	بدون پیش آزمون (N=29)	با پیش آزمون(N=29)	اثر پیش آزمون	بدون پیش آزمون(N=29)	با پیش آزمون(N=29)	اثر پیش آزمون	
	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	سطح معنی داری	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	سطح معنی داری	سطح معنی داری
پیش آزمون	-	144/96±7/17 (131/00-163/00)	-	-	145/65±19/89 (104/00-173/00)	-	P= 0/15 ، Z=-1/43 **
پس آزمون اول (بلافاصله بعد از اتمام مداخله)	146/55±12/17 (131/00-163/00)	145/55±5/10 (136/00-155/00)	P= 0/86 ، Z=-0/20 **	156/55±14/31 (121/00-180/00)	156/89±9/54 (139/00-176/00)	P= 0/86 ، Z=-0/17 **
پس آزمون دوم (4هفته بعد از اتمام مداخله)	146/14±7/48 (133/76-162/00)	145/28±7/84 (123/00-161/00)	P=0/71 ، Z= -0/36 **	157/86±13/05 (130/00-172/00)	158/16±8/92 (142/00-183/00)	P=0/81 ، Z= -0/81 **
پس آزمون سوم (8هفته بعد از اتمام مداخله)	146/19±10/60 (125/00-167/00)	145/00±9/15 (116/00-162/00)	P=0/77 ، Z= -0/28 **	153/14±13/42 (118/00-167/00)	153/96±8/27 (133/00-174/00)	P=0/77 ، Z= -0/77 **
تغییرات میانگین در هر گروه	* P=0/37	* P=0/26	-	* P<0/001	* P<0/001	-
سطح معنی داری	chi²=1/98	chi²=3/94		chi²=22/17	chi²=18/78	

* : آزمون فریدمن ، ** : آزمون من ویتنی یو

جدول شماره 3: مقایسه اختلاف نمره هر پیگیری با پیش آزمون در گروه های مداخله و کنترل دارای پیش آزمون A_2 و B_2

گروه ها / دلتا	کنترل با پیش آزمون A_2 (n =29)	مداخله با پیش آزمون B_2 (n =29)	سطح معنی داری
اختلاف نمره پس آزمون اول و پیش آزمون	0/59±6/53	11/24±14/58	P=0/002 ، Z =-3/11 *
اختلاف نمره پس آزمون دوم و پیش آزمون	0/31±10/57	12/50±20/97	P=0/038 ، Z =-2/07 *
اختلاف نمره پس آزمون سوم و پیش آزمون	0/03±11/68	8/31±20/80	P=0/323 ، Z =-0/98 *
سطح معنی داری	P=0/142 ، chi² =3/91 **	chi² =17/86 ، P=0/001 **	-

* : آزمون من ویتنی یو ، ** : آزمون فریدمن

جدول شماره 4: مقایسه بین دو روش آنالیز در میانگین تصویر بدنی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در گروه های کنترل و مداخله

گروه / پیگیری	کنترل						مداخله					
	بدون پیش آزمون			با پیش آزمون			بدون پیش آزمون			با پیش آزمون		
	مبتنی بر قصد به درمان (n =29)	مبتنی بر پرتکل (n =26)	سطح معنی داری	مبتنی بر قصد به درمان (n =29)	مبتنی بر پرتکل (n =25)	سطح معنی داری	مبتنی بر قصد به درمان (n =29)	مبتنی بر پرتکل (n =28)	سطح معنی داری	مبتنی بر قصد به درمان (n =29)	مبتنی بر پرتکل (n =25)	سطح معنی داری
	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)		انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)		انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)		انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	انحراف معیار ±میانگین (Min-Max)	
پیش آزمون	-	-	-	144/96±7/17 (131/00-163/00)	-	P=0/99 Z=-0/01	144/88±7/38 (155/00-163/00)	-	-	145/65±19/89 (104/00-173/00)	144/68±20/89 (104/00-173/00)	P=0/86 Z=-0/16
پس آزمون اول (بلافاصله بعد از اتمام مداخله)	146/55±12/17 (131/00-163/00)	144/53±10/06 (128/00-166/00)	P=0/63 Z=-0/47	145/55±5/10 (136/00-155/00)	145/44±5/46 (136/00-155/00)	P=0/99 Z=-0/01	156/55±14/31 (121/00-180/00)	157/67±13/20 (121/00-180/00)	P=0/83 Z=-0/20	156/89±9/54 (139/00-176/00)	157/32±9/27 (141/00-176/00)	P=0/84 Z=-0/20
پس آزمون دوم (4هفته بعد از اتمام مداخله)	146/14±7/48 (133/76-162/00)	143/57±8/07 (131/00-160/00)	P=0/19 Z=-1/29	145/28±7/84 (123/00-161/00)	142/08±8/12 (136/00-155/00)	P=0/10 Z=-1/62	157/86±13/05 (130/00-172/00)	155/42±12/02 (127/00-169/00)	P=0/13 Z=-1/48	158/16±8/92 (142/00-183/00)	155/12±9/21 (155/00-179/00)	P=0/14 Z=-1/45
پس آزمون سوم (8هفته بعد از اتمام مداخله)	146/19±10/60 (125/00-167/00)	149/38±11/58 (127/00-171/00)	P=0/28 Z=-1/08	145/00±9/15 (116/00-162/00)	147/96±10/28 (118/00-166/00)	P=0/16 Z=-1/37	153/14±13/42 (118/00-167/00)	156/46±13/61 (122/00-170/00)	P=0/11 Z=-1/59	153/96±8/27 (133/00-174/00)	157/04±9/31 (141/00-179/00)	P=0/13 Z=-1/48

* : آزمون من ویتنی یو

جدول شماره 5: مقایسه بین دو روش آنالیز در اختلاف نمره هر پیگیری با پیش آزمون در گروه های مداخله و کنترل دارای پیش آزمون

گروه / دلتا	کنترل با پیش آزمون A_2		سطح معنی داری	مداخله با پیش آزمون B_2		سطح معنی داری
	مبتنی بر قصد به درمان N=29	مبتنی بر پرتکل N=25		مبتنی بر قصد به درمان N=29	مبتنی بر پرتکل N=25	
اختلاف نمره پس آزمون اول و پیش آزمون	0/59±6/53	0/56±6/56	P=0/881 ، Z =-0/14	11/24±14/58	12/64±15/19	P=0/69 ، Z =-0/39
اختلاف نمره پس آزمون دوم و پیش آزمون	0/31±10/57	-2/80±10/84	P=0/26 ، Z =-1/11	12/50±20/97	10/44±21/86	P=0/49 ، Z =-0/67
اختلاف نمره پس آزمون سوم و پیش آزمون	0/03±11/68	3/08±12/59	P=0/27 ، Z =-1/10	8/31±20/80	12/36±22/24	P=0/40 ، Z =-0/84

* : آزمون من ویتنی یو

طراحی چهارگروهی سولومون جهت بررسی تاثیر پیش‌آزمون بر روند پژوهش انجام شده بود، بدین منظور آزمون من‌ویتنی یو بین دو گروه کنترل A_1 و A_2 و میان دو گروه مداخله B_1 و B_2 انجام شد. بررسی‌ها نشان داد که بین هیچ یک از زیرگروه‌های کنترل با هم و همچنین مداخله با هم تفاوت معنی‌داری گزارش نشده است، بنابراین به نظر می‌رسد پرکردن پرسشنامه پیش‌آزمون، تاثیر معنی‌داری در بهبود وضعیت تصویر بدنی شرکت‌کنندگان نداشته است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

بحث

نتـایج مطالعـه حاضـر نشـان داد بیـان نوشـتاری به‌طور معنی‌داری می‌تواند تصویر بدنی را در زنان مبـتلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس بهبـود بخشـد. در پیگیـری پس‌آزمون اول و دوم که بلافاصله و چهار هفتـه پـس از مداخله توسط شرکت‌کنندگان تکمیـل شـده بـود، بیـان نوشتاری توانسته بود به‌طور معنی‌دار نمره تصویر بدنی را ارتقا دهد.

در بررسی پس‌آزمون سوم که هشـت هفتـه پـس از مداخله صورت گرفـت، اگرچـه میـانگین نمـره تصـویر بدنی از میانگین پیش آزمون بیش‌تر بـود ولـی اخـتلاف آن با پیش‌آزمون از نظر آماری معنی‌دار نبود. به عبـارت دیگر می‌توان تاثیر این مداخله را کوتاه مدت تلقی کرد. این موضوع می‌تواند پیشـگویی‌کننـده نیـاز احتمـالی بـه تکرار مداخله یـا بخشـی از آن بـرای پیشـگیری از افـت نمره تصویر بـدنی در بیمـاری‌هـای مـزمن تاکیـد داشـته باشد. احتمالا نباید انتظار طولانی اثر بودن این مداخله را بدون در نظر گـرفتن تغییراتـی بـرای مانـدگاری اثـر آن داشته باشیم. مقایسه گروه مداخله با گـروه کنتـرل نشـان داد که نمره تصویر بدنی در گروه کنترل اگرچـه مقـدار بسیار جزئی بـیش‌تـر از پـیش آزمـون بـود ولـی بـه‌طـور معنی‌داری از گروه مداخله کـم‌تـر بـود و ایـن موضـوع می‌تواند تحت تاثیر درمان روتین بیمـاری کـه مـراجعین دریافت می‌کردند، باشد. همچنین با طراحـی مطالعـه بـه صورت چهار گروهی سولومون، تاثیر تکمیل پرسشـنامه در تغییرات نمره تصویر بدنی بررسی شـد و طبـق نتـایج مطالعه در زیرگروه‌های کنترل(A_1 وA_2) و در زیرگروه‌هـای مداخله (B_1 و B_2)، اختلاف معنی‌داری در نمـره تصـویر بدنی شرکت‌کنندگانی که پیش‌آزمون را تکمیـل کـرده بودند و گروهی که بدون پـیش‌آزمـون بودنـد، مشـاهده نشد. بنابراین بهبود نمره تصویر بدنی احتمالا نمی‌تواند به دفعات تکرار تکمیل پرسشنامه مرتبط می‌باشد.

در بررسی‌های انجام شده، مطالعه‌ای مشابه با هـدف تعیین تاثیر مداخله بیان نوشتاری بر تصویر بدنی بیمـاران مولتیپل اسکلروزیس یافت نشد، از این رو مطالعه حاضر منحصر به فرد به نظر مـی‌رسـد. نتـایج مطالعـه حاضـر بـا مطالعه‌ای که بـا هـدف مقایسـه تـاثیر بیـان نوشـتاری بـر اساس افشای عاطفی و نوشـتن داسـتان‌هـایی بـا دیـدگاه مثبت و موفقیت‌آمیز از تصویربدنی بر اعتماد بـه نفـس و تصویر بدنی در انگلستان انجام شد، همسـو بـود. در ایـن مطالعه، اعتماد به نفس و تصویر بدنی افراد گروه مداخله (افشای عاطفی نوشتاری) در پیگیری چهار هفتـه بعـد از مداخله بهبود یافتـه بـود و تفـاوت معنـی‌داری بـا گـروه کنترل ($P<0/05$) داشت(22). اگرچه گروه هـدف افـراد مبـتلا بـه مولتیپـل اسـکلروزیس نبودنـد، ولـی نتـایج آن مطالعه حاکی از تاثیر مثبت بیان نوشتاری بر نمره تصویر بدنی می‌باشد.

همچنین نتایج مطالعه کنونی بـا پژوهشـی بـا هـدف تعیین تاثیر بیان نوشتاری بر تصویر بـدنی زنـان مبـتلا بـه اختلال خوردن هم راستا بود. براساس نتایج ایـن مطالعـه افراد به نوشتن درباره وضعیت ظاهری خود و ترجیحات یک مرد درباره اندام یک زن طی 3 جلسـه غیـر متـوالی 30 دقیقه ای پرداختند. در نهایت این مداخله تاثیر مثبت و معنـی‌داری بـر ایـن دسـته از افـراد در پیگیـری‌هـای بلافاصله و چهار هفته بعـد از مداخلـه داشـت(39). تـاثیر مداخلـه در مطالعـات فـوق تـا چهـار هفتـه بعـد از اتمـام مداخله بررسی شده بود بنابراین مقایسـه پیگیـری هشـت هفته بعد با پژوهش‌های ذکر شده قابل مقایسه نبود.

از آن‌جـایی‌کـه بیـان نوشـتاری جـزو مـداخلات روانشناختی محسوب می شود، از جمله مطالعاتی کـه بـه بررسی مداخله مشابه در گروه بیماران مبـتلا بـه مولتیپـل اسکلروزیس پرداخته بود می‌توان به مطالعه‌ای بـا هـدف تعیین تاثیر مداخله هفت هفتـه‌ای برنامـه روانشـناختی در درمان مولتیپـل اسـکلروزیس کـه شـامل اسـتراتژی‌هـای شناختی - رفتاری، آموزش آرامش و ورزش بـدنی بـود، اشاره کرد. در بررسی تصـویر بـدنی بـه عنـوان یکـی از متغیرهـای قابـل توجـه در پیشـرفت درمـان مولتیپـل اسکلروزیس، این مداخلـه روانشـناختی تـاثیر مثبتـی بـر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

تصویر بدنی در پیگیری بلافاصله بعد از مداخله داشت که نتایج این قسمت از مطالعه همسو با مطالعه پیش‌رو بود. نتایج پیگیری هشت هفته بعد این مطالعه نشان داد اگرچه میانگین نمرات نسبت به پیگیری اول تفاوت معنی‌داری نداشت اما تاثیر مداخله همچنان باقی مانده بود(40). نتایج این پژوهش با مطالعه ما متفاوت بود، بیان نوشتاری در بررسی های هشت هفته بعد از مداخله با افت مختصری در نمره تصویر بدنی باعث شد تا اختلاف نمره پیش‌آزمون و هشت هفته بعد از حالت معنی‌داری خارج شود. علاوه بر این، مطالعه فوق به تلفیق مداخلات روانشناختی، آموزشی و ورزشی پرداخته بود، بنابراین دور از انتظار نیست که این امر با هدف توانبخشی و کاهش ناتوانی بیماران و تاثیر بر جسم آن‌ها باعث تاثیر بلند مدت‌تری شده باشد.

از جمله پیشگویی‌کننده‌های تصویر بدنی در زنان و مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان به سلامت روان ($P\leq0/01$) و ناتوانی جسمی ($P\leq0/01$) اشاره کرد(41). همان‌طور که پیش‌تر گفته شد در جریان اجرای بیان نوشتاری زمانی که یک تجربه نوشته شود، ساختار منظم پیدا می‌کند، از این رو می‌توان تاثیرات منفی ناشی از آن را به آسانی مدیریت کرد. بیان نوشتاری احساسات، ضمن تقویت حل مساله، مانع بروز احساسات ناخوشایند در فرد می شود. به این ترتیب که احساسات و تجربیات منفی به تدریج از تفکرات آگاه فرد کناره می‌گیرند و فرد به سطح بالاتری از سلامت روان دست می‌یابد(42). این موضوع می‌تواند علاوه بر اشاره به کوتاه مدت بودن تاثیر بیان نوشتاری به تنهایی، به تاثیر ناتوانی‌های جسمی بر تصویر بدنی اشاره داشته باشد، به طوری‌که گروهی از محققین در پژوهشی به منظور تعیین تأثیر ناتوانی‌های جسمی بر تصویر بدنی، به این نتیجه رسیدند که این فاکتور در بین بیماران شرکت‌کننده که اکثریت آن‌ها مبتلا به MS بودند تحت تأثیر ناتوانی قرارگرفته بود(15). با توجه به پیشرونده بودن این بیماری اجرای مداخلات توانبخشی و ورزشی می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی و مداخلات روانشناختی موجب بهبود در شاخص‌های تعادل، خستگی و ناتوانی شود(43) و در نتیجه احتمالا این امر به کاهش اختلاف بین تصویر بدنی کنونی و تصویر بدنی ایده آل کمک کند و تاثیر بلند مدت‌تری را به همراه داشته باشد. عوامل متعددی شامل وضعیت روحی- روانی و جسمی مشارکت‌کنندگان و تفاوت‌های فردی بر میزان درک و پاسخ‌گویی به سوالات تاثیرگذار می‌باشد که کنترل آ نها از عهده پژوهشگر خارج می‌باشد، جهت کاهش این عامل، با تخصیص تصادفی نمونه‌ها به دو گروه مداخله و کنترل سعی در مرتفع کردن این محدودیت شد. به دلیل این که امکان عدم انجام به موقع تکالیف نوشتاری در منزل وجود داشت، پژوهشگر با تماس‌های تلفنی پیگیر اجرای مداخله شد.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به منحصر به فرد بودن آن اشاره کرد، همچنین از آنجا که تکمیل پرسشنامه پیش از شروع مداخله می تواند به عنوان مخدوش کننده در نتایج موثر باشد، مطالعه با طراحی سولومون در نظر گرفته شد تا تاثیر پرسشنامه های پیش آزمون بر نگرش و ذهنیت واحدهای پژوهش مورد سنجش قرار گیرد.

بیان نوشتاری می‌تواند در ارتقای تصویر بدنی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تاثیر داشته باشد. مداخله پیش‌رو، از نظر هزینه اثربخشی مقرون به صرفه است و جزو مداخلات غیر تهاجمی محسوب می‌شود و می‌تواند در کنار درمان اصلی زنان مبتلا به MS، تحت نظر متخصص مربوطه جهت بهبود تصویر بدنی در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

این مقاله قسمتی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره طرح 15262 می‌باشد. محققین از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران برای همکاری و تامین مالی این پروژه تقدیر می‌کنند و همچنین از کلیه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

شرکت‌کنندگان در این پژوهش که صمیمانه در این مطالعه به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

قابل ذکر است که در این مقاله هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 7th ed. E-Book: Elsevier Health Sciences; 2015.
2. Fletcher SG, Castro Borrero W, Remington G, Treadaway K, Lemack GE, Frohman EM. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis: a multidisciplinary approach to evaluation and management. Nat Clin Pract Urol 2009; 6(2): 96-107.
3. Frohman EM, Racke MK, Raine CS. Multiple sclerosis--the plaque and its pathogenesis. N Engl J Med 2006; 354(9): 942-955.
4. Leray E, Moreau T, Fromont A, Edan G. Epidemiology of multiple sclerosis. Revue Neurologique 2016; 172(1): 3-13.
5. Gary Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25 e. University of Texas Southwestern Medical Center: McGraw-Hill Education; 2018.
6. McCabe MP. Exacerbation of symptoms among people with multiple sclerosis: impact on sexuality and relationships over time. Arch Sex Behav 2004; 33(6): 593-601.
7. Merghati Khoei E, Qaderi K, Amini L, Haghani H. Study on sexual behavior and quality of life of women with multiple sclerosis referred to Iran MS society in Tehran in 2010. Iranian Journal of Gynecology and Infertility 2012; 15(5): 7-14 (Persian).
8. Day Rene A, Paul Pauline, Williams Beverly. Brunner & Suddarth's textbook of Canadian medical-surgical nursing. Canada: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
9. Motl RW, Sandroff BM, Kwakkel G, Dalgas U, Feinstein A, Heesen C, et al. Exercise in patients with multiple sclerosis. Lancet Neurol 2017; 16(10): 848-856.
10. Russell CS, White MB, White CP. Why me? Why now? Why multiple sclerosis?: Making meaning and perceived quality of life in a Midwestern sample of patients with multiple sclerosis. Fam Syst Health 2006; 24(1): 65-81.
11. Cordero ED. Self-esteem, social support, collectivism, and the thin-ideal in Latina undergraduates. Body Image 2011; 8(1): 82-85.
12. Dalgard F, Gieler U, Holm JØ, Bjertness E, Hauser S. Self-esteem and body satisfaction among late adolescents with acne: results from a population survey. J Am Asad Dermatol 2008; 59(5): 746-751.
13. Spiro DB. Early onset multiple sclerosis: A review for nurse Practitioners. J Pediatr Health Care 2012; 26(6): 399-408.
14. Kilianski SE. Who do you think I think I am? Accuracy in perceptions of others' self-esteem. J Res Pers 2008; 42(2): 386-398.
15. Taleporos G, McCabe MP. Body image and physical disability—personal perspectives. Soc Sci 2002; 54(6): 971-980.
16. Fitzsimmons-Craft EE, Harney MB, Koehler LG, Danzi LE, Riddell MK, Bardone-Cone AM. Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. Body Image 2012; 9(1): 43-49.
17. Hahn JS, Pohl D, Rensel M, Rao S, Group IPMS. Differential diagnosis and evaluation

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

in pediatric multiple sclerosis. Neurology 2007; 68(16 suppl 2): S13-S22.

18. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. J Anxiety Disord 2012; 26(3): 401-408.
19. Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. J Anxiety Disord 2008; 22(3): 429-440.
20. Bolton G, Hawlet S, Lager K, Write JK. writing cures. tehran: nashr e danje; 2013.
21. Meston CM, Lorenz TA, Stephenson KR. Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. J Sex Med 2013; 10(9): 2177-2189.
22. O'connor DB, Hurling R, Hendrickx H, Osborne G, Hall J, Walklet E, et al. Effects of written emotional disclosure on implicit self esteem and body image. Br J Health Psychol 2011; 16(3): 488-501.
23. Smyth JM, Pennebaker JW. Exploring the boundary conditions of expressive writing: In search of the right recipe. Br J Health Psychol 2008; 13(pt 1): 1-7.
24. Pennebaker JW, Chung CK. Expressive writing, emotional upheavals, and health. Foundations of Health Psychology 2007; 263-284.
25. Pennebaker JW, Evans JF, Evans JF. Expressive writing: Words that heal: Idyll Arbor, Incorporated; 2014.
26. Baikie KA, Wilhelm K. Emotional and physical health benefits of expressive writing. Adv Psychiatr Treat 2005; 11(5): 338-346.
27. Halpert A, Rybin D, Doros G. Expressive writing is a promising therapeutic modality for the management of IBS: a pilot study. Am J Gastroenterol 2010; 105(11): 2440-2448.
28. Hasanzadeh P, Fallahi Khoshknab M, Norozi K. Impacts of journaling on anxiety and stress in multiple sclerosis patients. J Complement Med Res 2012; 2(2): 183-193 (Persian).
29. Jouybari L, Abbariki E, Jebeli M, Mehravar F, Asadi L, Akbari N, et al. Comparison of the effect of narrative writing and art therapy on maternal stress in neonatal intensive care settings. J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33(4): 664-670.
30. Winkley K, Upsher R, Stahl D, Pollard D, Kasera A, Brennan A, et al. Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. Health Technol Assess 2020; 24(28): 1.
31. Torre JB, Lieberman MD. Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. Emot Rev 2018; 10(2): 116-124.
32. Montazeri M, Mirghafourvand M, Esmaeilpour K, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Amiri P. Effects of journal therapy counseling with anxious pregnant women on their infants' sleep quality: a randomized controlled clinical trial. BMC Pediatr 2020; 20: 1-11 (Persian).
33. Moradi M, Samari A. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on clinical syndrome and body image in women with bulimia nervosa. J Fundam Mental Health 2017; 19(5): 394-400 (Persian).
34. Delavar A. Research methodology in psychology and education. 52th ed. 46, editor. tehran: virayesh; 2019.
35. Julia Cameron. the artist's way: a spiritual path to higher creativity. tehran: nashr e paikan; 1998 (Persian).
36. Fisher Seymour. Body experience in fantasy and behavior. New york: Ardent Media; 1970.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

37. Nazarpour S, Khazai K. The study of correlation between body image and coping styles with severity of primary dysmenorrhea. J Fundam Mental Health 2011; 14(7): 344-355 (Persian).
38. Mohammady M, Sadeghi M, Janani L. Intention to treat analysis in randomized clinical trials: A review. Hayat 2017; 23(2): 138-151.(persian)
39. Lafont J, Oberle CD. Expressive writing effects on body image: Symptomatic versus asymptomatic women. Psychology 2014; 5(5): 431-440.
40. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Günther V. Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. Acta Neurol Scand 2003; 107(6): 394-399.
41. Kolzet J, Quinn H, Zemon V, Tyry T, Marrie R, Foley F, et al. Predictors of body image related sexual dysfunction in men and women with multiple sclerosis. Sex Disabil 2015; 33(1): 63-73.
42. Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: The health benefits of narrative. J Clin Psychol 1999; 55(10): 1243-1254.
43. Mousavian AS. Comparing the effects of eight week ball exercises in water and Pilates on some muscle performance indices and mental health of Women with MS. Iranian J Obstetrics, Gynecology and Infertility 2018; 21(7): 51-63 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]