Journal of Research in Psychological Health

December 2020, Volume 14, Issue 3

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Adaptation and Depression in Stargart patients

Seidehmadineh Ghasemnegad[1*], Majid Noorizadeh[2], Noushin Mousazadeh[3]

1. (Corresponding author): PhD Student in Health Psychology, Department of Nursing, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran. mghasemnegad@yahoo.com
2. Master of Science in Psychology, State Welfare Organization, Rasht, Iran.
3. Assistant professor, Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran.

Citation: Ghasemnegad S, Noorizadeh M, Mousazadeh N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Adaptation and Depression in Stargart patients. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2020; 14(3), 67-75. [Persian].

Key words:
Cognitive-Behavioral Therapy,Adaptation,Depression,Stargart

Highlights

- Goal of this study was assessment effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on adaptation and depression in stargart patients.
- The results of covariance analysis showed that there was a significant difference between pre-test and post-test scores in intervention and control groups in adjustment and depression questionnaire.

Abstract

Stargart is a chronic disease with multiple clinical symptoms and psychological problems, such as depression. Psychotherapy can play an important role in achieving therapeutic goals. Goal of this study was assessment effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on adaptation and depression in stargart patients. This study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test and control group in which 20 patients with Stargart's disease selected through available sampling and randomly divided in to two group. The experimental group received six sessions of Cognitive Behavioral Therapy. Questionnaires used to include California test of adjustment and Beck Depression. Data were analyzed by spss software to version 16. The results of covariance analysis showed that there was a significant difference between pre-test and post-test scores in intervention and control groups in adjustment and depression questionnaire. Cognitive-behavioral therapy is effective on adaptation and depression of Stagart's disease and so it can be used as a therapeutic way for solve problems these patients.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برمیزان سازگاری وافسردگی بیماران اشتارگارت

سیده مدینه قاسم نژاد[1*]،مجید نوری زاده[2]،نوشین موسی زاده[3]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه پرستاری، واحد لاهیجان، دانشگاه آزاداسلامی، لاهیجان، ایران.
mghasemnegad@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، اداره بهزیستی، رشت، ایران.

۳. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری ومامایی امل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش
۱۳۹۹/۱۰/۱۰

واژگان کلیدی
درمان شناختی-رفتاری، سازگاری، افسردگی، اشتارگارت

یافته‌های اصلی

- هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری و افسردگی بیماران اشتارگارت می‌باشد.
- نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت نمره پیش آزمون و پس آزمون در بین دو گروه مداخله و شاهد در ابعاد پرسش نامه سازگاری و افسردگی معنادار بود.

چکیده

اشتارگارت نوعی بیماری مزمن است و با علایم بالینی متعدد و عوارض روانشناختی مانند افسردگی همراه است. لذا روان درمانی می‌تواند نقش مهمی در دستیابی به اهداف درمانی ایفا کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازگاری و افسردگی بیماران اشتارگارت می‌باشد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون وگروه شاهد می‌باشد که طی آن ۲۰ بیمار اشتارگارت از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت شش جلسه مداخله شناختی رفتاری را دریافت کردند پرسشنامه‌های مورد استفاده سازگاری کالیفرنیا و افسردگی بک بود. شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss با ورژن ۱۶ انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت نمره پیش آزمون و پس آزمون در بین دو گروه مداخله و شاهد در ابعاد پرسش نامه سازگاری و افسردگی معنادار بود. درمان شناختی رفتاری بر سازگاری و افسردگی بیماری اشتارگارت تاثیرگذار است و بنابراین می‌توان ازاین روش به عنوان روش درمانی برای رفع مشکلات این نوع بیماران استفاده کرد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

مقدمه

بیماری اشتارگارت با نحوه توارث اتوزومال مغلوب، شایع‌ترین دیستروفی ارثی ماکولا با شیوع یک در ده هزار است و تقریباً ۷٪ کل دیستروفی های شبکیه را شامل می‌شود. تظاهرات آن به صورت کاهش تدریجی و دوطرفه دید مرکزی طی دهه‌های اول و دوم زندگی و با پیش آگهی بینایی ضعیف است (۱). اساس بیماری اشتارگارت بیشتر جنبه ژنتیکی دارد و تاکنون درمان کاملی برای تمام انواع اشتارگارت مطرح نشده است. اشتارگارت دارای انواع متنوعی می‌باشد، از دست دادن بینایی یا اختلال در بینایی، مشکلات زیادی ازلحاظ زندگی فردی و اجتماعی برای انسان ایجاد می‌کند. فرد نابینا به تنهایی قادر به انجام امور روزمره و گذران زندگی و نیز برقراری ارتباط با افراد دیگر نبوده و نیازمند کمک می‌باشد (۲). آخرین برآورد سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که ۱۶۱ میلیون نفر از مردم جهان دارای اختلال بینایی هستند (۳۷ میلیون از این افراد نابینا هستند). در واقع چشم یکی از مهم‌ترین ارگان‌هایی است که اطلاعات زیادی را به وسیله آن از جهان پیرامونمان درک می‌کنیم. آسیب‌های چشمی یکی از شایعترین علل مراجعه افراد به مراکز پزشکی است که در صورت شدید بودن می‌توانند عوارض جبران ناپذیر یا ناتوان کننده‌ای به همراه داشته باشند (۳)، که موجب تغییر درسازگاری می‌شوند. از سازگاری اجتماعی تعاریف زیادی شده است، اسلبی و گورا سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی می‌دانند که عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه خاص اجتماعی به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد (۴). سازگاری که به عنوان مهم‌ترین نشانه سلامت روان مطرح شده است از جمله مباحثی است که توجه بسیاری از روانشناسان را به خود جلب کرده است و با حوزه‌هایی همچون سلامت عاطفی، اجتماعی، آموزشی، زناشویی و شغلی افراد مرتبط است. سازگاری امری نسبی است و انسانها به درجات متفاوتی از سازگاری دست می‌یابند. سازگاری و هماهنگی با خود و محیط برای هر موجود زنده ضروری است و همه تلاش‌های روزمره انسان توسط این سازگاری تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵). پژوهش‌ها نشان داده که مشکلات چشم، قدرت سازگاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تغییرات شبکیه چشم که در بیماری اشتارگارت دیده می‌شود، سبب بروز مشکلاتی در سازگاری این افراد شده و قدرت سازگاری این افراد را کاهش می‌دهد وباعث به وجود آمدن مشکلاتی در این افراد می‌شود (۶). علاوه بر این سیار بودن علایم و غیر قابل پیش بینی بودن بیماری موجب اُفت خُلق و ناامیدی در این بیماران می‌شود و افسردگی شایعترین عارضه روانی در این بیماران است. افسردگی اختلالی چندبعدی است و دارای ابعاد شناختی، رفتاری، هیجانی و جسمی است و هر یک از ابعاد مزبور به یک دور باطل از بدتر شدن نشانه‌ها و کاهش خودکارآمدی در مقابله سازگارانه با بیماری منجر می‌شود (۷) و سلامت جسمی بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرد. طبق تحقیقی که بارتلت و همکاران بر روی افراد با انواع بیماریهای مزمن انجام دادند نشان دادند که مشکلات روانی بر بیماریشان اثر می‌گذارد و سلامت جسمی و روانی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سطوح بالای استرس، تعاملات اجتماعی پایین با دوستان و حتی مشکل با والدین می‌تواند اثرات منفی بر علایم بیماری و حتی سازگاری با بیماری جسمی داشته باشد (۸). پژوهشی در سال ۲۰۱۸ نشان داد که از دست دادن بینایی، پس از آسیب به شبکیه، اغلب عوارض جدی در زندگی روزمره فرد از جمله مشکل در شناسایی چهره، خواندن و حتی سطح تحرک فرد به همراه دارد. از آنجا که کاهش بینایی، غیرقابل برگشت و غالباً پیشرونده می‌باشد، بیماران به دلیل نگرانی، ترس و اضطراب، استرس‌های مداوم ذهنی، پیامدهای ثانویه مانند افسردگی و انزوای اجتماعی را تجربه می‌کنند (۹). از این رو مداخلات روانشناختی در این زمینه می‌تواند بسیار مؤثر باشد (۸). یکی از مداخلات فردی مؤثر در سازگاری با بیماریهای مزمن که ابعاد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

شناختی، بازنمایی‌های شناختی معیوب، بازنمایی‌های عاطفی مانند افسردگی و سرپیچی از دستورات درمانی بیمار را پوشش می‌دهد درمان شناختی رفتاری است (۷). درمان شناختی رفتاری در واقع یک روش درمانی است (۱۰) که در آن بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریفهای شناختی خود را بیان می‌کنند سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورهای زیربنایی و تحریفهای شناختی پرداخته می‌شود (۱۱). هدف این درمان کمک به افراد است که چگونه رفتار آنها بر روی افکار و احساسات آنها تأثیر می‌گذارد (۱۲) شناخت های ناسازگارانه موجب برانگیختگی هیجانی می‌شوند، مطالعه فراتحلیلی بلتمن و همکاران نشانگر اثر بخشی بالای درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و اضطراب می‌باشد. همچنین، نتایج این مطالعه فراتحلیلی نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری فردی مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری گروهی در درمان افسردگی و اضطراب می‌باشد (۱۳). از آنجا که افراد مبتلا به اشتارگارت با مشکلات عدیده‌ای در اجتماع و خانواده مواجه هستند و این مشکلات سازگاری این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، نظر به اهمیت این مساله و با توجه به اینکه در کشور ما ایران تحقیقات اندکی در این باب صورت گرفته است، لذا در جهت بستر سازی فرهنگی مناسب در این زمینه چه در اجتماع و چه در خانواده‌ها و هچنین برای کمک به انطباق راحت‌تر و سریع‌تر این افراد با وضعیتشان ضرورت دارد که سطح سازگاری آنان مورد بررسی قرار گرفته وپیشنهادات و اقداماتی در جهت رفع مشکلات و کمک به افراد مبتلا و همچنین بستر سازی فرهنگی مناسب در اجتماع برای برخورد با اینگونه افراد صورت پذیرد. هدف این تحقیق بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان سازگاری و افسردگی بیماران اشتارگارت می‌باشد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه شاهد می‌باشد که طی آن ۲۰ بیمار با بیماری اشتارگارت از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بعد از انتخاب نمونه‌ها، فرم رضایت نامه توسط آنان تکمیل گردید، سپس نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش به تعداد ده نفر و درگروه شاهد نیز تعداد ده نفر قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت شش جلسه یک ساعته مداخله شناختی رفتاری را دریافت کردند اما گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تکنیک‌های مورد استفاده درطول جلسات درمانی شامل آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند و نگرشهای ناکارآمد ویژه بیماری اشتارگارت، چالش با افکار و باورهای غیرمنطقی، آموزش تکنیک مدیریت استرس و مدیریت خود، آموزش شیوه حل مسئله، آموزش ابراز وجود، آموزش برنامه ریزی فعالیتها، آموزش سبک رفتاری برای تقویت ابراز وجود بود (جدول شماره ۱). پس از انجام مداخله، از نمونه‌ها پس آزمون گرفته شد و پیگیری ۳ ماه بعد انجام شد. بدلیل اینکه یک نفر پرسشنامهٔ خودرا به طورناقص تکمیل نمود از پژوهش حذف شد و نهایتاً ۱۹ نفر به عنوان نمونه نهایی باقی ماندند. تمامی نمونه‌ها جهت شرکت در پژوهش آزاد بودند. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و مدت ابتلا به بیماری و پرسشنامه سازگاری کالیفرنیا[1]و پرسشنامه افسردگی بک[2] استفاده گردید.

پرسش نامه سازگاری کالیفرنیا در سال ۱۹۵۳ تدوین و تنظیم شده است و تعداد سوا لهای آن ۱۸۰ سؤال است و جوابها به صورت بله و خیر است که پاسخ صحیح امتیاز یک و پاسخ غلط امتیاز صفر می‌گیرد. نیمی از سوالها برای سنجش سازگاری فردی و بقیه جهت اندازه گیری سازگاری اجتماعی است و نمره کلی از ترکیب دو نمره

[1] california
[2] beck

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]
[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

سازگاری فردی و اجتماعی حاصل می‌شود. حقیقی و همکاران اعتبار پرسش نامه سازگاری را با استفاده از پرسشهای ملاک روابط فرد مطلوب ارزیابی کرده‌اند. پایایی کلی پرسشنامه نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ ارزیابی شده است (۴).

پرسشنامه افسردگی بک دارای ۲۱ سؤال است و برای آشکارکردن نشانگان افسردگی بوده و بیش‌تر بر محتوای شناختی افسردگی تاکید دارد. هر سؤال دارای ۴ گزینه می‌باشد که به ترتیب شدت بوده و نمره صفر تا ۳ می‌گیرند. طیف نمرات بین صفر تا حداکثر ۶۳ می‌باشد. نمره‌های صفر تا ۹ محدوده بهنجار یا نداشتن نشانگان افسردگی بوده و از نمره ۱۰ به بالا به معنای داشتن نشانگان افسردگی می‌باشد. بنابراین افراد با نمره ۱۸-۱۰ نشانگان افسردگی خفیف و نمرات ۲۹-۱۹ نشانگان افسردگی متوسط و نمرات ۶۳-۳۰ نشانگان افسردگی شدید را نشان می‌دهند. پایایی و روایی آزمون افسردگی بک را رجبی و همکارانش، مطلوب ارزیابی کرده‌اند. ضریب پایایی آزمون ۰/۸۳ بود و برای تعیین اعتبار آن از مقیاس MMPI استفاده گردید که ضریب همبستگی بدست آمده برابر ۰/۶۰ بود (۷).

شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss با ورژن ۱۶ از طریق آزمونهای آماری توصیفی شامل میانگین و واریانس و انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس انجام شده است.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در بین افراد مورد مطالعه در محدوده سن بیشترین فراوانی هم در گروه مداخله و هم درگروه کنترل مربوط به سن ۲۵ سال به بالا، میزان تحصیلات بیشترین درصد نمونه‌ها هم در گروه مداخله و هم درگروه کنترل تحصیلات دانشگاهی بوده است. از نظر وضعیت شغلی باز هم درهرگروه، اکثریت نمونه‌ها مشغول به کار بوده‌اند و از نظر وضعیت تأهل در گروه مداخله بیشترین تعداد متأهل و در گروه کنترل تفاوتی نداشتند و از لحاظ مدت زمان بیماری، اکثریت نمونه‌ها هم در گروه مداخله و هم درگروه کنترل بالای ده سال از بیماریشان می‌گذشت. اطلاعات مربوط به پنج متغیر جمعیت شناسی در جدول شماره ۱ آمده است.

به منظور توصیف وضعیت متغیرها یعنی سازگاری و افسردگی، شاخص‌های توصیفی آنها به همراه نتایج آزمون تحلیل کواریانس در جدول شماره ۲ ارائه شده است. استفاده از این آزمون‌ها مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات، پیش فرض تساوی واریانس‌ها که آزمون لوین و آزمون باکس این پیش فرض را تأیید کردند. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که در نمره پیش آزمون وپس آزمون متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجوددارد ($p<۰/۰۰۱$) نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت نمره پیش آزمون و پس آزمون در بین دو گروه مداخله و شاهد در ابعاد پرسش نامه سازگاری و افسردگی معنادار بود و این تأثیر در نمرات پس آزمون متغیرهای سازگاری و افسردگی به وضوح نشاندهنده تأثیر درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای مذبور را دارد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

جدول ۱- ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
اول	خوش آمد گویی- معرفی- ارائه قوانین گروه- ارائه توضیحات در مورد اشتارگارت و چگونگی اثرگذاری عوامل روانی بر اشتارگارت
دوم	شناسایی افکار منفی و تحریفهای شناختی در مورد اشتارگارت- انجام تمرین
سوم	توقف افکار منفی -انجام تمرینات ذهنی و مرور خاطرات خوش
چهارم	توضیح پردازش‌های هیجانی و بهبود پردازش هیجانی
پنجم	آموزش الگوی شناختی به بیماران- معرفی افکار خودآیند و نگرشهای ناکارآمد ویژه بیماری اشتارگارت- چالش با افکار و باورهای غیرمنطقی
ششم	آموزش تکنیک مدیریت استرس و مدیریت خود- آموزش شیوه حل مسئله، - آموزش ابراز وجود- آموزش برنامه ریزی فعالیتها- آموزش سبک رفتاری برای تقویت ابراز وجود بود

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق ونسبی نمونه‌های گروه مداخله وکنترل برحسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر		گروه مداخله		گروه کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	تا ۲۵ سال	۴	۴۴/۵	۵	۵۰
	بالای ۲۵ سال	۵	۵۵/۵	۵	۵۰
میزان تحصیلات	دانشگاهی	۷	۷۷/۷	۸	۸۰
	غیردانشگاهی	۲	۲۲/۳	۲	۲۰
وضعیت شغل	بیکار	۳	۳۳/۳	۴	۴۰
	مشغول به کار	۶	۶۶/۷	۶	۶۰
وضعیت تأهل	مجرد	۴	۴۴/۵	۵	۵۰
	متأهل	۵	۵۵/۵	۵	۵۰
مدت بیماری	تا ده سال	۲	۲۲/۳	۱	۱۰
	بالای ده سال	۷	۷۷/۷	۹	۹۰

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کواریانس به همراه انحراف معیار ومیانگین سازگاری و افسردگی دو گروه در مراحل پیش آزمون وپس آزمون

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		نتایج تحلیل کواریانس		سطح معنی‌داری
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	F	ضریب اتا	
افسردگی	۱۱/۳±۵۷/۳۶	۹/۳±۱۸/۷۷	۱۴/۲±۱۲/۶۶	۱۴/۲±۰۲/۳۳	۵۰/۶۶	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
سازگاری	۱۵/۴±۵/۱۲	۱۲/۳±۵۷/۶۲	۱۳/۳±۲۲/۷۳	۱۴/۳±۰۷/۵۵	۲۶/۶۹	۰/۵۹	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

شتارگارت نوعی بیماری مزمن است و با علایم بالینی و عوارض روانشناختی متعدد همراه است. چشم‌ها یکی از مهمترین اعضای بدن هستند و مراقبت کردن از آن امری بسیار مهم و ضروری می‌باشد. بدون شک بدلیل حساس بودن این اندام حسی، بروز مشکلات در آن تمامی جوانب زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). نتایج این پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر سازگاری و افسردگی بیماران اشتارگارت تأثیر گذار بود. افرادی که دچار مشکلاتی در چشم‌ها می‌شوند مشکلاتی نظیر اختلال در سازگاری و افسردگی را تجربه می‌کنند و بنابراین یک سری روشهای درمانی کمک کننده از جمله درمانهای روانشناختی مورد نیاز است (۱۴). از دست دادن بینایی سبب بروز استرس عمده در زندگی فرد می‌شود که طبعاً بیشتر بینایی فرد را تحت تأثیر قرار داده و جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد و سبب بروز عوارض جدی‌تری همچون افسردگی، اضطراب، ترس و تغییر در سازگاری می‌شود. نتایج پژوهش سابل و همکاران در سال ۲۰۱۸ که به بررسی پیامدهای از دست دادن بینایی در افرادی با بیماریهایی چون اشتارگارت می‌پرداخت نشان داد این بیماران، بدلیل کاهش بینایی اضطراب، افسردگی و اختلال در سازگاری را تجربه می‌کنند و روشهای روانشناختی و آرام سازی در مرحله اول و ارتباط پزشک و خانواده و افزایش حمایت اجتماعی برای بیمار در مرحله دوم جهت افزایش حس مثبت و ارائه خدمات توانبخشی تاثیرگذار است (۹). نتایج پژوهش دوپونسیل نشان داد که افراد مبتلا به اختلال در شبکیه چشم نظیر اشتارگارت، از نظر سازگاری و بهزیستی روانشناختی، همراه با از دست دادن بینایی، به نسبت بیشتری دجار آسیب می‌شوند (۶). سازگاری سبب افزایش کنارآمدن فرد و پذیرش وی با مشکلات و مسائل روزمره زندگی می‌شود و اختلال در آن سبب بروز مشکل در کنار آمدن با استرس‌های معمول زندگی می‌شود (۵). نتایج یک پژوهش بر روی ۳۶۱ بیمار مبتلا به اشتارگارت نیز نشان داد که با پیشرفت اختلال در بینایی، مشکلات و عوارض جدی‌تر و طولانی‌تری ایجاد می‌گردد (۱۵). نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات نیمییر و همکاران که به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی وکلارک و همکاران که به بررسی تأثیر شیوه درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی نوجوانان پرداختند و سجادی نژاد و همکاران، تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و احساس ناتوانی ناشی از سردرد در بیماران مبتلا به میگرن و سردرد تنشی در دانشجویان دختر دانشگاه شیراز، بحرینیان و داودی، تأثیر روش‌های درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران شرکت کننده در بازتوانی قلبی پرداختند، همسو می‌باشد (۴). نتایج پژوهش موسشوس، نیتودا و لاواریس در سال ۲۰۱۵ در ۳۹ بیمار اشتارگارت نشان داد که بیماران اشتارگارت علایم افسردگی بیشتری نسبت به افراد سالم از خود نشان می‌دهند و هر چقدر بینایی فرد بیشتر دچار مشکل شود شدت افسردگی نیز بالاتر است (۱۶). واندر و همکاران نیز در تحقیق خود به نتایج

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

مشابهی دست یافتند آنها به بررسی روشهایی جهت کاهش اضطراب و افسردگی در بزرگسالان با مشکلات بینایی پرداختند، آن‌ها ۲۶۵ بیمار را بررسی کردند و روشهای مطرح شده را برای آنان استفاده کردند و این روشها را با روشهای معمول که قبلاً برای این نوع بیماران استفاده می‌شد، مقایسه کردند. مشکلات بینایی یکی ازعلل مهم ناتوانی است و اضطراب و افسردگی مشکلات سلامتی رایج در مشکلات بینایی در میان بزرگسالان هستند. این دو اختلال می‌تواند اثرات مخربی در بینایی بزرگسالان داشته باشد و منجر به افزایش ناتوانی خاص بینایی و کاهش کیفیت زندگی و سازگاری شود. هر چند نتایج نشان داد روشهای درست می‌تواند راهی را برای مقابله مؤثر با اضطراب و افسردگی در بزرگسالان با مشکلات چشمی فراهم کند (۱۷). دنیزو و همکارانش نیز درتحقیق خود به نتایج مشابه همین تحقیق دست یافتند، آنان به بررسی درمان شناختی رفتاری در بیماران اشتارگارت پرداختند و نشان دادند که درمان شناختی رفتاری درمان مناسبی جهت کاهش اضطراب و افسردگی بیماران اشتارگارت می‌باشد (۱۴). در پژوهشی که به بررسی تجارب بیماران اشتارگارت در سال ۲۰۱۶ پرداخت، نکات جالبی بدست آمد این افراد احساس از دست دادن استقلال و عدم کفایت می‌کنند، مدام دچار احساس شرمندگی و خجالت هستند و احساس می‌کنند یک معلول هستند که قادر به حمایت از خانواده و بخصوص همسر خود نمی‌باشند. نکته جالب دیگر در این پژوهش این بود که پذیرش مشکل و سازگاری با آن و جستجوی حمایت اجتماعی می‌تواند به شدت کمک کننده باشد. به نظر می‌رسد، تعامل پزشکان با خانواده بیماران اشتارگارت، ارجاع خدمات روانشناختی برای کمک به این افراد جهت مدیریت احساسات و پریشانی‌های مربوط به تشخیص بیماری، تعامل با افراد با بیماری مشابه به طور مکرر می‌تواند تأثیر گذار باشد (۱۸). با توجه به نتایج این پژوهش، دسترسی به راهکارهای عملی جالب توجه و مهمی که می‌تواند بسیاری از اثرات مخرب بیماری را کاهش دهد، امکان پذیر می‌شود. درمان شناختی رفتاری می‌تواند باعث افزایش خودکارآمدی و کاهش تحریفات شناختی و تفکرات منفی که مسبب افسردگی می‌باشد را کاهش دهد و می‌تواند سازگاری مؤثر با بیماری اشتارگارت را ایجاد نماید. ازجمله محدودیتهای این پژوهش تعداد کم نمونه‌ها و تفاوتهای فردی در پاسخ دهی به سؤالات، عدم کنترل برخی متغیرها و اثر آن بر روی نتایج پژوهش و احتمال محافظه کاری پاسخ دهندگان که می‌تواند بر تعمیم و صحت نتایج اثر گذار باشد، هست. لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش در تعداد نمونه‌های بالاتر انجام شود و از انجایی که این پژوهش بر روی بیماران اشتارگارت انجام شد پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر سایر مشکلات چشمی و یا در بیماریهای دیگر انجام شود. همچنین پیشنهاد می شودپژوهش دیگری در میان سنین مختلف و در شهرهای مختلف ودر سطحی وسیع‌تر با برنامه‌ای هدفمند اجرا شود.

تشکر و قدردانی: از کلیه افرادی که به پرسشنامه‌ها به طور دقیق پاسخ دادند و هم از همکاران محترمی که در این پژوهش به اینجانب یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

Rahnamaeezenvar N, Samadirad B, Aminpoor M. Evaluation of demographic parameters, cause of injury and final outcome of eye injuries in patients referred to Tabriz Forensic Medicine Center in years 2005 and 2006. Urmia Medical Journal, 2010: 21(2):267-272. [Persian].

Azarmina M, Kahrkabody A. Hereditary Maculopathies. Bina Journal of Ophthalmology. 2014:19(3):289-296. [Persian].

Fujinami & etal. Clinical and Molecular Characteristics of Childhood-Onset Stargardt Disease. Ophthalmology. 2015:122(2):326-334.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]

Faramarzi S, Asgari K, Taghavi F. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on adjustment rate of high-school students with abnormal grief. Journal Research Behavier Science. 2013:10(5): 373-382. [Persian].

Yazdanbakhsh K. Effects of life review on social adjustment of retirees' elderly persons. Journal of Aging Psychology. 2016:1(3):179-185. [Persian].

Duponsel N. Socio-demographic, visual and psychological factors associated with adjustment to vision loss in retinitis pigmentosa. Institutional Repository. 2012:5(8):132-141.

Seirafi M, Namjoo S, Sabet M. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adherence, depression and negative illness representations in rheumatoid arthritis patients: A randomized controlled trial. Journal Qazvin University Medical Science. 2018: 22(2): 48-62. [Persian].

Bartlett & etal. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. Pain research. 2015:4(2):123-131.

Sabel B, Wang J, Morales L, Faig M, Heim C. Mental stress as consequence and cause of vision loss: the dawn of psychosomatic ophthalmology for preventive and personalized medicine. EPMA Journal. 2018:3(9):133-160.

Yorke & etal. Feasibility and acceptability of group-CBT for people with severe asthma. European respiratory journal. 2013:42(57):1-12.

JamshidzehiShahBakhsh & etal. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in Reducing Worry, Anxiety and Panic Attacks Mitral Valve Prolapse Patients. Journal Shahid Sadoughi Univercity Medical Science. 2016:24(4): 340-351. [Persian].

Nashed M, Dulay V, Yorke J, Kew K. Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma. The Cochrane database of systematic reviews.2016: 22 (9):113-118.

Samadzade N, Poursharifi H, Babapour J. The effect of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and symptoms of depression and anxiety in women with type 2 diabetes: a case study. Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2015:19(3):255-264. [Persian].

Dnezo & etal. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety and depression in stargardt Patients.BMJ. 2015:12(3):231-239.

Rotenstrich Y, Fishman G, Anderson R. Visual acuity loss and clinical observations in a large series of patients with stargardt disease. Ophthalmolegy. 2003:110(6):1151-1158.

Moschos M, Nitoda E, Lavaris A. Estimation of Depression Prevalence in Patients with Stargardt Disease using PHQ-9 and Zung Scores. European Journal of Ophthlmology. 2015:30(11):251-261.

Vander & etal. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial.BMJ. 2016:35(1):125-132.

Bryan J, Leror A, Lu Q. The stargardt disease experience: An analysis of expressive writing essays about living with a rare eye disease. New Frontiers in Ophthalmology. 2016:2(1):57-62.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[DOI: 10.52547/rph.14.3.67]