

The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training on the Dimensions of Fatigue, Self-Criticism and Emotional Avoidance in Patients with Multiple Sclerosis

Sahar Bagheri 

Ph.D Student in Health Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Mohammad Hatami 

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Hassan Rezaei - Jamaloei *

Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Moslem Abbasi 

Assistant Professor, Department of Psychology, Salman Farsi University of Kazerun, Kazerun, Iran.

Abstract

This study was conducted with the aim of the effectiveness of cognitive self-compassion training on the dimensions of fatigue, self-criticism and emotional avoidance in patients with multiple sclerosis. The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up (2 months). Subjects with an age range of 20-40 years and with a scale of physical disability (EDSS) 1 to 5.5 and purposefully selected and randomly divided into experimental group (cognitive self-compassion training) and control. Both groups answered Fisk (1994), Thompson & Zuroff (2004) levels of self criticism scale (2004) and Kennedy (2015) Emotional Avoidance Scale in the pre-test-post-test and 2-month follow-up stages. The experimental group received 10 sessions of cognitive self-compassion training once a week for 1.5 hours. The collected data were analyzed using

* Corresponding Author: h.rezayi2@yahoo.com

How to Cite: Bagheri, S., Hatami, M., Rezaei-Jamaloei, H., Abbasi, M. (2022). The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training on the Dimensions of Fatigue, Self-Criticism and Emotional Avoidance in Patients with Multiple Sclerosis, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(47), 165-202.


mixed analysis of covariance with repeated measures. The results of covariance analysis mixed with repeated measures showed that cognitive self-compassion training is effective in reducing the dimensions of fatigue, self-criticism and emotional avoidance in patients with multiple sclerosis. Also, the effects of the intervention were maintained after 2 months of follow-up on reducing the scores of fatigue, self-criticism and emotional avoidance. Based on the results of this study, cognitive self-compassion training can be used along with drug interventions to reduce fatigue, self-criticism and avoid emotional experiences of multiple sclerosis patients in medical centers.

Keywords: Cognitive Self-Compassion Education, Emotional Avoidance, Fatigue, Self-Criticism, Multiple Sclerosis.




اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس


دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

سحر باقری 


دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

محمد حاتمی 

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

حسن رضایی جمالویی *

استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سلمان فارسی کازرون، کازرون، ایران

مسلم عباسی 

چکیده

این پژوهش باهدف اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس انجام گرفت. پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری (۲ ماهه) بود. آزمودنی‌ها با دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال و با مقیاس ناتوانی جسمانی (EDSS) ۱ تا ۵/۵ و هدفمندانه انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایشی (آموزش خود دلسوزی شناختی) و گواه تقسیم شدند. هر دو گروه در مرحله پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه به پرسشنامه‌های خستگی فیسک (۱۹۹۴)، خودانتقادی تامسون و ظروف (۲۰۰۴) و اجتناب هیجانی کندی (۲۰۱۵) پاسخ دادند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش خود دلسوزی شناختی را به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت ۱/۵ ساعت دریافت کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش خود دلسوزی شناختی بر کاهش ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس اثربخش هستند

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد است.

* نویسنده مسئول: h.rezayi2@yahoo.com

($P \leq 0/001$). همچنین اثرات مداخله پس از ۲ ماه پیگیری بر روی کاهش نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی حفظ شد. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان از آموزش خود دلسوزی شناختی در کنار مداخلات دارویی برای کاهش خستگی، خودانتقادی و اجتناب از تجارب هیجانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در مراکز درمانی استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: آموزش خود دلسوزی شناختی، اجتناب هیجانی، خودانتقادی، خستگی، مولتیپل اسکلروزیس.



مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است که از شایع ترین بیماری های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان کننده ترین بیماری سنین جوانی است. این بیماری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و عملکردهای جسمانی و روان شناختی دارد (برارد و همکاران^۲، ۲۰۱۹). شایع ترین دوره پیدایش بیماری بین بیست تا سی و پنج سالگی است و شیوع آن در زنان، ۲ برابر مردان گزارش شده است. در این بیماری، پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی، دچار آسیب می شود. پزشکان عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونت های ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن مؤثر می دانند (سولارو^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). این بیماری تقریباً ۱ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر را مبتلا ساخته و میزان شیوع آن در حدود ۲/۵ میلیون نفر در جهان است (برونز- بیوکساز و همکاران^۴، ۲۰۱۵) این بیماری بسیار ناتوان کننده، همراه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی است (وثوقی و فریدمن^۵، ۲۰۰۸).

یک چالش اساسی در فرآیند سازگاری این است که بسیاری از بیماران مبتلا به ام. اس نسبت به وضعیت جسمانی خود، سبک زندگی، ویژگی های شخصیتی و نحوه مدیریت بیماری خود و پیامدهای ناشی از آن رو به خودانتقادی و سرزنش خود می آورند (اوستین^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس نظریه آسیب پذیری شخصیتی بلات (۱۹۹۴): در واقع خودانتقادی که همراه با نوعی شرم درونی ناشی از خودارزیابی منفی است سبب می شود بیماران ام. اس در برابر اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روان شناختی آسیب پذیرتر شوند (ده مرده، صدوقی اصل محمدی و کاظم نژاد، ۲۰۲۱). خودانتقادی به عنوان شکلی از

-
1. Multiple sclerosis (MS)
 2. Berard et al
 3. Solaro et al
 4. Briones- Buixassa et al
 5. Vosoughi, R, Freedman, M. S.
 6. Austin

آزار و اذیت درونی که استرس‌زا است و تضعیف‌کننده خود می‌باشد تعریف شده است (گیلبرت و آیرونز^۱، ۲۰۰۵). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که خودانتقادی با وضعیت جسمانی بیماران ام. اس رابطه دارد. نتایج نشان داد که خودانتقادی باعث مقایسه نابجای خود با دیگران، احساس حقارت، شکست و اضطراب در بیماران ام. اس می‌شود (ده‌مرده و همکاران، ۲۰۲۱). خودانتقادی خودانتقادی به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (ایانکوا و همکاران^۲، ۲۰۱۵). در تعریف دیگر خودانتقادی به‌عنوان داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت، تعریف شده است. افراد خود انتقادگر هنگام روبه‌رو شدن با مانع در راه رسیدن به اهدافشان، آسیب‌پذیر می‌شوند (بلات، ۱۹۹۴؛ به نقل از دینگر و همکاران، ۲۰۱۵).

خستگی زودرس و مزمن یکی از شکایات شایع در بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس است (تار^۳، ۲۰۱۶). تنیدگی و استرس ناشی از بیماری سبب ایجاد خستگی شناختی^۴، جسمانی^۵ و اجتماعی^۶ شده و فرد تمایل خود را برای تلاش بیشتر در جهت کنترل و مهار موقعیت تنیدگی را از دست می‌دهد و درنهایت درگیر مواردی چون کاهش فعالیت شناختی، اختلال در توجه و بازداری اطلاعات می‌شود. خستگی شناختی دارای دو مفهوم مختلف است؛ ۱- خستگی شناختی که به‌عنوان کاهش عملکرد شناختی در طی دوره طولانی، تعریف می‌شود و ۲- خستگی شناختی که به‌عنوان کاهش عملکرد ذهنی به‌صورت حاد و پایدار تعریف می‌شود که این مفهوم دوم به‌عنوان شکست برای حفظ نیروی موردنیاز در مدت طولانی و یا شکست در تکرار عملکرد در نظر گرفته می‌شود (آریواسیک و همکاران^۷، ۲۰۱۸).

1. Gilbert, & Irons

2. Iancu et al

3. Tur, C.

4. Cognitive fatigue

5. physical fatigue

6. social fatigue

7. Arewasikporn et al

نتایج مطالعه سانچز^۱ و همکاران (۲۰۲۱) نشا می‌دهد که اجتناب تجربی و هیجانی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های اختلالات روان‌شناختی در بیماران ام. اس است. بر اساس الگوی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که به‌عنوان توانایی برقراری ارتباط کامل با موقعیت کنونی و اندیشه‌ها و احساسات موجود در آن بدون وجود سازوکارهای دفاعی تعریف شده است، حاصل اجتناب تجربی است (هیز، استروسال و ویلسون، ۲۰۱۲). یکی از مؤلفه‌های اجتناب تجربی، اجتناب هیجانی^۲ است. اجتناب هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانات است که شامل تلاش برای فرار یا اجتناب از هر بخش، از یک تجربه هیجانی، از جمله افکار، احساسات و عبارات هیجانی می‌باشد (بولانگر و همکاران^۳، ۲۰۱۰). اجتناب هیجانی با اجتناب تجربی رابطه دارد، ساختاری است که توسط نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است (هیز و همکاران^۴، ۱۹۹۹، کندی، ۲۰۱۵) که بر پذیرش هیجانی از طریق ذهن آگاهی، آگاهی و دیدگاه غیر قضاوتی بودن تأکید می‌کند (شنگ و همکاران^۵، ۲۰۱۲). در مقابل، ساختار اجتناب هیجانی، مرتبط با هیچ جهت‌گیری نظری خاصی نیست و در واقع به گرایش عمومی برای جلوگیری از تجربیات هیجانی درونی اشاره دارد. در چهارچوب نظریه گراس^۶ (۱۹۹۸) مدل فرایندی پردازش و تنظیم هیجان، اجتناب هیجانی یک راهبرد متمرکز بر پاسخ است، زیرا شامل تلاش برای کنترل یا تعدیل بخشی از یک تجربه هیجانی است بعد از آنکه این هیجان نمود پیدا می‌کند (گراس، ۲۰۱۳). به‌عنوان یک ساختار، اجتناب هیجانی بالقوه شامل تعدادی از ساختارهای نظری و تجربی مرتبط است که به‌عنوان عوامل خطر و محافظت‌کننده برای آسیب‌شناسی روانی، شامل نشخوار، نگرانی و سرکوب عمل می‌کند (بولانگر و همکاران^۷، ۲۰۱۰).

1. Sánchez
2. emotional avoidance
3. Boulanger et al
4. Hayes et al
5. Shenk et al
6. Gross
7. Boulanger

امروزه درمانگران مسائل روان‌شناختی در کنار درمان دارویی بیماران ام. اس برای کاهش مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، اجتناب از تجارب هیجانی و بهبود کیفیت زندگی، امیدواری و تاب‌آوری از مداخلاتی با عنوان درمان‌های نسل سوم شناختی رفتاری استفاده می‌کنند (هایند و همکاران^۱، ۲۰۱۴)؛ و با توجه به اثربخشی این مداخلات ما نیازمند استفاده از روان‌درمانی‌های یکپارچه‌تری هستیم تا به‌نوعی سهمی از علائم روان‌شناختی همبود با بیماری ام. اس را کاهش داده و میزان شکایات و درد جسمانی و روان‌شناختی ناشی از بیماری را برای فرد مبتلا کم کنیم از جمله این مداخلات غیر دارویی می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر خود دلسوزی شناختی^۲ اشاره کرد. آموزش خود دلسوزی شناختی نگرش مثبت به خود تعریف می‌شود که موجب ارتقای سلامت روان در افراد می‌شود (وانگ و همکاران^۳، ۲۰۱۷)؛ به عبارت دیگر، دلسوزی به خود شکل سالم خود‌پذیری است که بیان‌کننده میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی است و شامل سه عنصر اصلی است؛ نخست اینکه هر زمان که فرد متوجه ناکارآمدی خود شود و از آن رنج ببرد، موجودیت (بودن) خود را دوست می‌دارد و آن را درک می‌کند. دوم حسی است از ویژگی مشترک انسانی و تشخیص این امر که درد و شکست، جنبه‌های غیرقابل اجتناب و مشترک در بین همه انسان‌هاست. نهایتاً خود دلسوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌ات خود است و توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج‌آور (به‌جای اجتناب از آن‌ها) بدون بزرگ‌نمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود است و کمبودها و نواقص خود را درک می‌کند. این مهربانی با خود سبب احساس امنیت، افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، نشخوار فکری، سرکوب افکار و اضطراب می‌شود (نف^۴، ۲۰۱۱؛ نف و گرمر^۵، ۲۰۱۸). این رویکرد در مدل تکاملی

-
1. Hind et al
 2. Cognitive self-compassion
 3. Wang et al
 4. Neff
 5. Germer

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۷۳

نظریه ذهنیت اجتماعی^۱ ریشه دارد (گیلبرت و آرونز، ۲۰۰۵؛ برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). خود دلسوزی و آموزش آن که به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل در جهت رفع مشکلات خود تعریف می شود (وارن و همکاران^۲، ۲۰۱۲). خود دلسوزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی ها و یا نارسایی های ادراک شده است (نف و پومیر^۳، ۲۰۱۳). مونترو-مارین و همکاران^۴ (۲۰۱۹) دریافتند که خود دلسوزی مبتنی بر دل بستگی برای دیگران می تواند ظرفیت دریافت حمایت اجتماعی را فراهم کند و منجر به پاسخ فیزیولوژیکی سازگارانه نسبت به استرس، اضطراب و افسردگی شود. نتایج این پژوهش نشان داد آموزش ها و تمرین هایی که باهدف افزایش مهارت های خود دلسوزی صورت می گیرد، در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی ها مؤثر است. توماس و مقدم^۵ (۲۰۲۱) با بررسی تأثیر خود دلسوزی بر شدت نشانه های آسیب روانی دریافتند که آموزش خود دلسوزی بر شدت نشانه های آسیب روانی اثربخش است. نتایج پژوهش نشان داد افرادی که آموزش خود دلسوزی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه در پس آزمون نمرات پایین تری در افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی به دست آوردند.

با توجه به تازگی این روش های درمانی، اثربخشی آن به صورت مستقیم بر کاهش خودانتقادی، خستگی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس در هیچ پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ بنابراین، نظر به اثربخش بودن این درمان ها در کاهش مشکلات روان شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران طبق یافته های پژوهش های ذکر شده، انتظار می رود این درمان بتواند در کاهش ابعاد خستگی و خودانتقادی درونی (نشخوارهای فکری افسرده وار) و اجتناب از تجارب هیجانی بیماران مبتلا به ام. اس نیز مؤثر باشد. لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا الگوهای آموزش خود دلسوزی

1. Social mentality theory

2. Wren et al

3. Pommier

4. Montero-Marín

5. Thomason, S, Moghaddam, N.

شناختی بر ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی در بیماران مبتلابه MS اثربخش هستند؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مبتلایان مولتیپل اسکلروزیس بود که در بازه زمانی ۱۳۹۹ به پزشکان متخصص نورولوژیست شهر اراک مراجعه کردند. نمونه تحقیق ۳۰ بیمار مبتلابه MS بود که به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. بدین صورت که با هماهنگی از بین ۱۰۰ بیمار که با نظر نورولوژیست تشخیص ام. اس دریافت کرده بودند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه و با توجه به نمره مقیاس وضعیت گسترش‌یافته (EDSS) در پرونده بیمار (نوع عودکننده - فروکش‌کننده) در دامنه ۰ تا ۵/۵، ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود مشتمل بر دریافت تشخیص بیماری ام اس نوع عودکننده - فروکش‌کننده که امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی آن‌ها بین ۵/۵-۰ بود (امتیاز فوق توسط نورولوژیست تعیین شده باشد و این نمره در پرونده بیمار درج شده است)؛ داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهشی، نداشتن اختلال حرکتی که مانع شرکت در پژوهش شود؛ داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ عدم دریافت داروهای تثبیت‌کننده خلق در زمان تشخیص و در طول دوره پژوهش؛ نداشتن اختلال زمینه‌ای؛ نداشتن سابقه خانوادگی MS؛ حداقل شش ماه از تشخیص نهایی بیماری گذشته باشد، نداشتن سابقه بیماری قلبی - عروقی، صرع، بیماری متابولیک، افسردگی، اضطراب یا سایر اختلالات روانی (بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته)، نداشتن بیماری‌های ارتوپدیک، عدم وجود سابقه اختلال تعادل و سرگیجه وضعیتی مکرر، عدم وجود درد شدید در مفاصل اندام تحتانی و تنه، بیماری‌های وستیبولاتور و بیماران مبتلابه اختلال بینایی (با توجه به تشخیص پزشک متخصص)، از جمله ملاک‌های دیگر ورود به مطالعه بودند که توسط متخصص

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۷۵

نورولوژیست در یک جلسه ارزیابی شدن. ملاک‌های خروج شامل: غیبت بیش از ۳ جلسه، دریافت خدمات روان‌شناختی و مددکار، مصرف داروهای روان‌پزشکی در حین مداخله، در صورت مشکلات ناشی از عود بیماری اجازه خروج از مطالعه را داشتند و عدم همکاری از دیگر ملاک‌های خروج از مطالعه بود. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلاور، ۱۳۹۰).

ابزار پژوهش

مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی (EDSS): مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی یک مقیاس استاندارد جهانی است که برای اولین بار توسط کروتز^۱ (۱۹۸۳) به منظور بررسی شدت ناتوانی فیزیکی و نورولوژیکی در بیماران MS مورد استفاده قرار گرفت که در واقع عملکرد مسیرهای هرمی، مخ، ساقه مغز، مخچه و حس‌ها با استفاده از این مقیاس و توسط نورولوژیست جهت تعیین شدت ناتوانی در بیماران سنجیده می‌شود که دارای ۱۰ سؤال است که توسط نورولوژیست در حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به صورت مصاحبه‌ای و بدون هیچ دخل و تصرفی برای بیماران قرائت و در برنامه از قبل طراحی شده در سیستم کامپیوتری بخش فیزیوتراپی ثبت می‌شود. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۰ تا ۱۰ می‌باشد از صفر (معاینات نرمال نورولوژیکی) تا ۱۰ (مرگ بر اثر بیماری مولتیپل اسکلروزیس) نمره گذاری می‌شود؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده آسیب بیشتر است. این مقیاس توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین و بر اساس معیار طبقه‌بندی جونز به سه طبقه خفیف (۰-۳)، متوسط (۳-۵) و شدید (۶-۷) و بیشتر) طبقه‌بندی می‌شود (کروتز، ۱۹۸۳). کراتز همسانی درونی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ و کودر ریچاردسون به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۴ گزارش کرد. همچنین روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش مؤمنی و همکاران (۱۳۹۴) به روش

1. Kurtzke

الفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. در این پژوهش مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی به‌عنوان یک ابزار توسط نورولوژیست برای ارزیابی میزان بیماری‌ام. اس تکمیل شد تا به‌عنوان یک ملاک ورود به مطالعه در نحوه ارائه مداخلات آموزشی به بیماران ام. اس متناسب با سطح پیشرفت بیماری بتواند به‌عنوان یک مقیاس تشخیصی عمل کند.

مقیاس سطوح خودانتقادی^۱ (LOSC): مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و ظروف^۲ (۲۰۰۴) طراحی کرده‌اند و روایی و پایایی آن احراز شده است. این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای (سؤالات ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲) و خودانتقادی درونی (سؤالات ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹). این مقیاس در طیف لیکرت و به‌صورت ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ به‌صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۱۳۲ خواهد بود. نمره پایین نشان‌دهنده خودانتقادی پایین و نمره بالاتر به معنای خودانتقادی بالا است. روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و ظروف (۲۰۰۴) بر روی نمونه‌ای شامل ۱۴۴ دانشجو ارزیابی کرده‌اند. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط تامسون و ظروف (۲۰۰۴) برای دو خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ بود. همچنین همبستگی دو خرده مقیاس فوق‌بالرزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده مقیاس نوروزگرایی به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۵۳ بود. در ایران روایی و پایایی مقیاس سطوح خودانتقادی در پژوهش موسوی و قربانی (۱۳۸۵) با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودانتقادی درونی ۰/۸۷ و مقایسه‌ای ۰/۵۵ به دست آمد. همچنین رابطه بین مؤلفه‌های مقیاس خودانتقادی با خرده مقیاس‌های پرسشنامه مشکلات بین شخصی، مثبت و معنی‌دار بود.

مقیاس تأثیر خستگی^۳ (FIS): مقیاس تأثیر خستگی FIS اولین بار توسط فیسک و دوبل^۴ (۱۹۹۴) جهت ارزیابی تأثیر خستگی بر فعالیت‌های روزمره زندگی معرفی گردید.

1. levels of self.criticism scale (LOSC)
2. Thompson, R, & Zuroff, D.C.
3. fatigue Impact scale
4. Fisk, J. D, Doble, S. E

کاربرد این مقیاس علاوه برام. اس در ارزیابی خستگی در بیماری‌های مختلفی همچون سکنه مغزی، پولیومیالیت، سندرم خستگی مزمن، لوپوس و هیپاتیت نیز می‌باشد (فیسک و دوپل، ۲۰۰۲). پرسشنامه مذکور ۴۰ ماده دارد که با روش درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای از مشکلی ندارم تا خیلی زیاد مشکل دارم توسط آزمودنی‌ها درجه‌بندی شده است (حیدری، فهیمی، صالحی و نبوی، ۲۰۱۴) که محدودیت‌های عملکرد افراد را در نتیجه خستگی در سه بعد ارزیابی می‌کند: شناختی که مشتمل بر ۱۰ سؤال بوده (۱، ۵، ۶، ۱۱، ۱۸، ۲۱، ۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۵) و تمرکز، حافظه و تفکر و سازمان‌دهی افکار مربوط می‌باشد. جسمانی که شامل ۱۰ سؤال بوده (۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۳۱، ۳۲، ۳۷، ۳۸) و انگیزه و سعی و تحمل و هماهنگی را منعکس می‌کند و اجتماعی که متشکل از ۲۰ سؤال بوده (۲، ۳، ۴، ۷، ۸، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۶، ۳۹، ۴۰) و اثر خستگی را بر منزوی شدن، هیجان‌ات، فشار کاری و به عهده گرفتن کارها می‌سنجد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). پایین‌ترین نمره در این مقیاس ۰ و بالاترین امتیاز این مقیاس ۱۶۰ می‌باشد که امتیاز بالاتر نشان‌دهنده خستگی بیشتر می‌باشد (سیلکوکس^۱، ۲۰۰۲). در زمینه کاربرد این آزمون تحقیقات زیادی در کشورهای مختلف صورت گرفته و سعی شده است که روایی و پایایی آن را روی بیماران ام-اس و افراد سالم بررسی کنند. به‌عنوان مثال می‌توان به تحقیق میتووتز در سال ۲۰۰۳ در آمریکا اشاره کرد که با ضریب همبستگی $0/85 - 0/68$ نشان‌دهنده پایایی خوب و نیز روایی همگرایی خوب با مقیاس با ضریب کرونباخ آلفا $0/95$ شدت خستگی (FFS) می‌باشد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران حیدری و همکاران (۲۰۱۴) نتایج آماری شاخص روایی محتوایی کل مقیاس $0/85$ و ضریب پایایی بین آزمونگر در هر یک از زیرگروه‌های جسمی، شناختی، اجتماعی و امتیاز کلی به ترتیب $0/89$ ، $0/86$ ، $0/95$ و $0/98$ و در پایایی آزمون باز آزمون $0/86$ ، $0/78$ ، $0/92$ ، $0/93$ بوده است. همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ $0/953$ گزارش شد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خستگی

جسمی ۰/۸۸، شناختی ۰/۷۸، اجتماعی ۰/۸۲ و کل ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس اجتناب رفتاری- هیجانی (EAS)^۱: این مقیاس یک ابزار خود گزارش دهی است که توسط کندی (۲۰۱۵) به منظور سنجش اجتناب رفتاری- هیجانی طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۷ سؤال و ۳ خرده مقیاس ۱- اجتناب از افکار و هیجانات سؤال‌ها (۱، ۲، ۵، ۶، ۸ و ۹) ۲- اجتناب از ابراز گری هیجانی سؤال‌ها (۳، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶ و ۱۷) و ۳- مقابله با اجتناب از فعالیت سؤال‌ها (۴، ۱۴، ۱۳، ۱۵) می‌باشد. سؤال‌ها بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً در مورد من درست نیست = ۰، کمی در مورد من درست است = ۱، اغلب در مورد من درست است = ۲، خیلی در مورد من درست است = ۳ و کاملاً در مورد من درست است = ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس اجتناب هیجانی در دامنه‌ای از ۱۷ تا ۶۸ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اجتناب هیجانی- رفتاری بیشتر است. نمره کل آزمودنی از جمع نمرات مؤلفه‌های اجتناب از افکار و هیجانات، اجتناب از ابراز گری هیجانی و مقابله با اجتناب از فعالیت به دست می‌آید. کندی (۲۰۱۵) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) را برای خرده مقیاس اجتناب از افکار و هیجانات ۰/۸۳، اجتناب از ابراز گری هیجانی ۰/۷۸ و مقابله با اجتناب از فعالیت ۰/۷۵ و برای کل آزمون ۰/۸۶ گزارش کرد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اجتناب از افکار و هیجانات ۰/۷۶۸، ابراز گری هیجانی ۰/۷۶۳، مقابله با اجتناب از فعالیت ۰/۶۷۸ و برای کل اجتناب هیجانی ۰/۷۲۸ به دست آمد. همچنین روایی هم‌زمان پرسشنامه اجتناب هیجانی با خودانتقادی ($r=0/485, P \leq 0/001$) به دست آمد که نشان‌دهنده روایی هم‌زمان پرسشنامه است.

جدول ۱. ساختار جلسات خود دلسوزی شناختی گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسه	محتوای آموزش	اهداف	تکالیف
جلسه اول	ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار که با استفاده از تمرین	کلی درمان	شرم و خودانتقادی
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با بیماران مبتلا به مولتیبل اسکلروزیس، مروری بر	آشنایی با اصول	ثبت موارد احساس

1. Behavioral and Emotional Avoidance Scale (EAS)

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۷۹

جلسه	محتوای آموزش	اهداف	تکالیف
	وارسی بدنی (آگاهی جز به جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارائه تکلیف خانگی.		در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
جلسه دوم	آموزش افزایش ثبات ذهنی: در این جلسه به بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس آموزش داده شد که وقتی با حس‌های ناراحت‌کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می‌شوند، با استفاده از وارسی بدنی با آن‌ها روبه‌رو شوند. هم‌چنین آموزش پنج مهارت دانش‌افزایی، به‌منظور تعریف بی‌تفاوتی نسبت به موقعیت‌ها. کار بستن، اینک و وقتی بی‌تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی‌تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی‌تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی‌تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی‌تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی‌تفاوت باشیم؟ نقل قول‌ها: سانی دوا می‌گوید: شخصی که ذهن پریشانی دارد احساسات رنج‌آور را در دندان‌های نیشش ساکن می‌کند. پرداختن به معنای دیالکتیک؟ گام گذاشتن در راه میانه و معنای شفقت؟ کاهش درد و رنج در دیگران است.	ایجاد سنجشی از شفقت (مصاحبه مهربانی) خودانتقادی	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
جلسه سوم	مرور تمرین جلسه قبل، کشت بینش در تجربه طبیعی ذهن، تکالیف و فعالیت‌ها: استراحت ذهنی در حالت طبیعی خود؛ مشاهده ناشی از عبور افکار؛ ایجاد نگرش تعلیق قضاوت و پذیرش. درمانگر تکمیل تکالیف خانگی را با گرم گرفتن با شرکت‌کنندگانی که تکالیف را کامل کرده‌اند و ارزش قائل شدن برای کارشان، تشویق می‌کند. شفقت به‌عنوان یک ذهنیت، یک ذهنیت اجتماعی، ذهنیت رقابت، ذهنیت مراقبت، تمرین، فراخوانی و تحلیل احساسات مثبت و منفی، تمرین ارائه دیدگاه مبنی بر پاسخ و واکنش به استرس، استراحت ذهنی در نهایت آگاهی از رابطه بین خلق، افکار، احساسات و وقایع است.	آشنایی با سه مغز و ذهنیت‌های درمان مبتنی بر شفقت	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
جلسه چهارم	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به‌عنوان وسیله‌ای برای مراقبه ^۱ محسوب می‌شود. تعریف اینکه همدلی چیست؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی همدلی می‌کنند چه به‌وسیله همدلی، می‌کنند؟ وقتی همدلی می‌کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می‌کنند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟	شرح مراقبت از بهزیستی، بخشش و ذهن آگاهی	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن تمرین بخشش و دلسوزی برای خود

1. Meditation

تکالیف	اهداف	محتوای آموزش	جلسه
		<p>کجا باید همدلی کنیم؟ و اینکه فرق بی‌تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین ذهن آگاهی^۱)</p>	
بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد	کاشت متانت و نوع دوستی در مقابل عدم قضاوت	<p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، در طول سه هفته گذشته ما به سوی شالوده شفقت و نوع دوستی هدایت می‌شویم. این شالوده با عبور از یک سری مراحل ساخته شده است که عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بیاموزیم که پایداری حواس و وضوح آن را توسعه دهیم؛ • بینش خود را در میان افکار جهان درون، احساسات، عواطف و تجربیات مادی گسترش دهید؛ • اجازه دهید تجربیات روحی‌تان در جای خود مستقر شوند در نتیجه به ذهنتان اجازه دهید که حالت طبیعی خود را آشکار کند؛ • درک کنید که این واکنش‌ها و عواطف مخرب می‌توانند تغییر کنند؛ • درک کنید که سهم شما توانایی ایجاد این تغییرات است و • عزم عمیقی برای ایجاد این تغییرات ایجاد کنید تا بتوانید به خوبی‌های ذاتی اجازه دهید تا ظاهر شوند. <p>بازی من مراقبت کردم / من مراقبت نکردم، داستان گویا گوتامی، تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری در جلسه ششم با استفاده از یاد یار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.</p>	جلسه پنجم
به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه	درک و قدردانی از دیگران	<p>تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، اذعان به مهربانی دیگران؛ درک متقابل، وابستگی متقابل، قدردانی از دیگران و قدردانی. ذهن آگاهی، ذهن خردگرا، مهارت‌های چگونگی بدون قضاوت، توأم با ذهن آگاهی مؤثر. تجربه‌تان در بهره‌گیری از هر یک از این مهارت‌ها را در طول هفته توضیح دهید. کجا ذهن آگاهی داشتید؟ کی؟</p> <p>قضاوت:.....</p> <p>توأم با ذهن</p> <p>آگاهی:.....</p> <p>مؤثر:.....</p>	جلسه ششم

1. Mindfulness

جلسه	محتوای آموزش	اهداف	تکالیف
جلسه هفتم	تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، محبت یا مهربانی - یک احساس عمیق از احترام و شفقت نسبت به دیگر آن که قطعاً برای پرورش یک شفقت حقیقی ضروری است.	پرورش محبت و همدلی	نوشتن نامه شفقت‌آمیز به خود و اطرافیان
جلسه هشتم	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، سنت لویونگ بین عشق و مهربانی تمایز قائل می‌شود. مهربانی به‌عنوان یک احساس عمیق از گرمی داشتن و شفقت نسبت به دیگران در نظر گرفته می‌شود درحالی‌که عشق نقطه مقابل شفقت است و به آرزوی شادی برای دیگران برمی‌گردد.	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت	
جلسه نهم	درک عشق و شفقت کاربردی تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، هفته پایانی تمام تمرینات ذهن آگاهی قبل را یکی می‌کند تا شرکت‌کننده را به هدف نهایی برساند: ایجاد عشق و همدلی فعال برای دیگران در هفته پایانی ما را روی ایجاد آرزوی قوی و سپس اشتیاق اینکه دیگران شاد و رها از رنج باشند کار می‌کنیم.	درک عشق و شفقت کاربردی	پذیرش نقاط قوت خود و مهربانی با خویش انجام تکالیف مرتبط
جلسه دهم	در این جلسات از بیماران مبتلابه مولتیپل اسکلروزیس خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در موردحمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارائه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.	تکمیل یادگیری رفتار مهربانانه به‌عنوان مهارت التیام‌بخش	تمرین و مرور فعالیت‌های جلسات قبل

بعد از هماهنگی با پزشکان نورولوژیست اراک با رعایت ملاحظات اخلاقی شامل: (۱). پژوهشگر خود را به پزشکان معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، ۲. به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، عقاید، فرهنگ، مذهب و ... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد، ۴. بر آزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید شد، ۵. حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آن‌ها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، ۶. در ثبت اطلاعات و آمار به‌دست‌آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن‌ها و استفاده از منابع دقت و امانت‌داری عملی به عمل آمد) و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی و کسب

اجازه از آن‌ها، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از بررسی پرونده بیماران مراجعه‌کننده و با تکمیل فرم رضایت آگاهانه و دسترسی به آزمودنی‌ها از آن‌ها دعوت شد که در این برنامه آموزشی در کنار مداخلات دارویی استفاده کنند. از بین افراد نمونه تحقیق ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود و خروج را داشتند و از نظر جسمانی توانایی شرکت در جلسات آموزشی را داشتند به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (آموزش خود دلسوزی شناختی) و گروه گواه گمارده شدند. ضمن توجه افراد نمونه تحقیق و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درخواست شد تا در طول دوره این آموزش شرکت کنند. قبل از شروع روش آموزشی هر دو گروه مورد مطالعه تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند و تا حد امکان سؤالی را بدون جواب نگذارند. مدت جلسات آموزشی برای گروه آزمایش شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و در هفته یک‌بار اجرا شد. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. در نهایت شرکت‌کنندگان پس از ۲ ماهه مجدد به سؤالات پرسشنامه تأثیر خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی پاسخ دادند. همچنین برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ۶ جلسه آموزش خود دلسوزی شناختی به گروه گواه آموزش داده شد.

نتایج

نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد در گروه آزمایشی خود دلسوزی شناختی ۳۳/۳ درصد در گستره سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۳/۳ درصد در ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۰ درصد در ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۳/۳ درصد نیز ۳۵ تا ۴۰ سال بودند. از بین گروه گواه ۲۰ درصد در گستره سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۴۰ درصد در گستره سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۶/۷ درصد در گستره سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۳/۳ درصد نیز ۳۵ تا ۴۰ ساله بودند. میانگین سنی گروه درمان خود دلسوزی شناختی ۲۶/۳۲ و انحراف معیار آن ۱/۸۸ و میانگین سنی گروه گواه ۲۷/۷۴ و انحراف معیار آن ۱/۹۴ بود. میانگین مدت بیماری گروه آزمایشی خود دلسوزی

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی...؛ باقری و همکاران | ۱۸۳

شناختی ۳/۰۱ و انحراف معیار آن ۱/۴۵ و میانگین مدت بیماری گروه گواه ۲/۸۹ و انحراف معیار آن ۱/۰۳ بود. نتایج یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بر حسب گروه

گروه گواه		خود دلسوزی شناختی		متغیر	
SD	M	SD	M	موقعیت	مؤلفه‌ها
۱/۳۵	۲۵/۴۶	۱/۶۷	۲۵/۳۳	پیش‌آزمون	خستگی شناختی
۱/۳۵	۲۴/۴۰	۰/۷۹۸	۲۰/۷۳	پس‌آزمون	
۱/۳۰	۲۳/۴۶	۰/۸۳۳	۱۹/۴۶	پیگیری	
۱/۴۴	۲۷/۳۳	۱/۵۰	۲۷/۱۳	پیش‌آزمون	خستگی جسمانی
۱/۷۶	۲۵/۸۶	۰/۹۴۱	۲۲/۸۰	پس‌آزمون	
۱/۹۴	۲۴/۹۳	۰/۸۹۹	۲۱/۳۳	پیگیری	
۱/۴۰	۶۳/۴۰	۱/۳۷	۶۳/۲۰	پیش‌آزمون	خستگی اجتماعی
۱/۹۷	۶۱/۸۰	۱/۲۳	۵۹/۳۳	پس‌آزمون	
۱/۸۶	۶۰/۷۳	۱/۱۸	۵۸/۴۶	پیگیری	
۲/۸۵	۱۱۶/۲۰	۲/۴۶	۱۱۵/۶۶	پیش‌آزمون	نمره کل خستگی
۳/۴۹	۱۱۲/۰۶	۲/۰۶	۱۰۲/۸۶	پس‌آزمون	
۳/۲۴	۱۰۹/۱۳	۱/۸۳	۹۹/۲۶	پیگیری	
۰/۹۱۵	۳۵/۴۶	۱/۰۸	۳۵/۲۰	پیش‌آزمون	خودانتقادی مقایسه‌ای
۰/۷۴۳	۳۴/۵۳	۰/۷۰۳	۳۱/۰۶	پس‌آزمون	
۱/۱۲	۳۳/۴۰	۰/۹۹۰	۳۰/۱۳	پیگیری	
۱/۳۰	۲۶/۴۶	۱/۳۷	۲۷/۲۰	پیش‌آزمون	خودانتقادی درونی
۰/۹۹۰	۲۵/۴۶	۰/۷۴۳	۲۱/۵۳	پس‌آزمون	
۱/۰۵	۲۴/۴۰	۰/۸۸۳	۲۰/۰۶	پیگیری	
۱/۴۳	۶۱/۹۳	۲/۲۹	۶۴/۴۰	پیش‌آزمون	نمره کل خودانتقادی
۱/۳۶	۶۰	۱/۱۸	۵۲/۶۰	پس‌آزمون	
۱/۲۰	۵۷/۸۰	۱/۳۲	۵۰/۲۰	پیگیری	
۱/۰۹	۱۳/۲۶	۱/۰۳	۱۳/۲۶	پیش‌آزمون	اجتناب از افکار و هیجانات

گروه گواه		خود دلسوزی شناختی		متغیر	
SD	M	SD	M	موقعیت	مؤلفه‌ها
۱/۰۳	۱۲/۲۶	۰/۵۹۳	۱۰/۰۶	پس آزمون	
۰/۹۹۰	۱۱/۴۶	۰/۷۴۳	۹/۵۳	پیگیری	
۱/۱۲	۱۶/۴۶	۱/۰۶	۱۵/۵۳	پیش آزمون	اجتناب از ابراز گری هیجانی
۱/۱۵	۱۵/۴۶	۰/۸۹۹	۱۱/۶۶	پس آزمون	
۱/۳۷	۱۴/۸۰	۰/۹۱۰	۱۰/۶۰	پیگیری	
۰/۷۹۸	۱۰/۰۶	۰/۷۵۵	۱۰	پیش آزمون	مقابله با اجتناب از فعالیت
۰/۷۰۳	۹/۷۳	۱/۱۲	۷/۱۳	پس آزمون	
۰/۹۱۰	۹/۴۰	۰/۸۳۳	۶/۱۳	پیگیری	
۲/۱۱	۳۹/۸۰	۱/۵۲	۳۸/۸۰	پیش آزمون	اجتناب هیجانی
۲/۴۱	۳۷/۴۶	۱/۵۰	۲۸/۸۶	پس آزمون	
۲/۱۶	۳۵/۶۶	۱/۱۶	۲۶/۲۶	پیگیری	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی آورده شده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، از آزمون‌های شاپیروویلک، نمودار پراکندگی^۱ (اسکاتر)، باکس ویسکر (جعبه‌ای)^۲ و آزمون‌های لوین^۳ و تصحیحات باکس مفروضه کرویت موچلی^۴ و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($P \geq 0.05$)، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای

1. Scatter Plot
2. Stem & Leaf
3. Leven's Test Of Equallity Variances
4. Mauchly `S Test Of Sphericity

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۸۵

کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن‌ها از مفروضه هم خطی چندگانه اجتناب شده است، نمودار باکس ویسکر^۲ که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد بنابراین مفروضه داده‌های پرت به‌درستی رعایت شد، نتایج آزمون‌های لوین^۳ (در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تصحیحات باکس برای متغیر خستگی ($P \leq 0/023$ ، $F = 1/323$ و $BOX = 174/327$)، خودانتقادی ($P \leq 0/185$ ، $F = 1/192$ و $BOX = 63/358$) و اجتناب هیجانی ($P > 0/672$ ، $F = 0/928$) و $BOX = 122/246$) معنی‌دار نبوده است، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به‌درستی رعایت شده است. نتایج حاصل از اثر تعاملی لامبدای ویلکز نشان داد که مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیونی برای متغیرهای خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی برقرار است. مفروضه کرویت در متغیرهای خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی معنی‌دار می‌باشد. بدین معنی که میان ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی روابط متوسط و معناداری وجود دارد و می‌توان این ابعاد را در یک مدل چند متغیره وارد تحلیل کرد. مفروضه کرویت موچلی تنها در مؤلفه‌های خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی محقق نشده است. بر این اساس از اصلاح اسپیلن هیون-فلدت^۴ برای این زیرمقیاس استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره بررسی و تفاوت‌های بین گروهی در مؤلفه‌های خستگی،

خودانتقادی و اجتناب هیجانی

متغیر	موقعیت	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	Partial η^2
خستگی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۳۱۷	۱۸/۷۱۱	۳	۲۶	$P \leq 0/001$	۰/۶۸۳
	درون	لمبدای ویلکز	۰/۰۳۰	۱۲۳/۱۷۷	۶	۲۳	$P \leq 0/001$	۰/۹۷۰

1. Covariate
2. Box Whisker
3. Leven's Test Of Equaility Variances
4. Huynh-Feldt

متغیر	موقعیت	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	Partial η^2
	آزمودنی (زمان)	ویلکس						
	تعامل (زمان × گروه)	لمبدای ویلکس	۰/۱۳۶	۲۴/۲۷۰	۶	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۶۴
خودانتقادی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکس	۰/۱۹۹	۵۴/۱۷۹	۲	۲۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۱
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکس	۰/۰۳۸	۱۵۶/۹۶۷	۴	۲۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۶۲
	تعامل (زمان × گروه)	لمبدای ویلکس	۰/۰۸۲	۷۰/۲۵۰	۴	۲۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۸
	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکس	۰/۱۸۶	۳۷/۸۳۹	۳	۲۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۱۴
اجتناب هیجانی	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکس	۰/۰۲۶	۱۴۱/۵۶۲	۶	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۷۴
	تعامل (زمان × گروه)	لمبدای ویلکس	۰/۰۷۳	۴۸/۷۳۹	۶	۲۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۲۷

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های خستگی (خستگی شناختی، خستگی جسمانی، خستگی اجتماعی)، خودانتقادی (خودانتقادی مقایسه‌ای و خود انتقادی درونی) و اجتناب هیجانی (اجتناب از افکار، اجتناب از ابراز گری هیجانی، اجتناب از فعالیت) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین بین زمان‌های سنجش (پس‌آزمون و

پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. در ادامه از آنجایی که بین گروه‌ها (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه، زمان و تعامل گروه \times زمان) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد، برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌های آمیخته در متن مانکوای تکراری روی هر یک از خرده مقیاس‌های خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی مبادرت شد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که ترکیب خطی ابعاد سه گانه آزمون خستگی بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد به تفاوت‌ها به ترتیب $0/68$ ، $0/97$ و $0/86$ است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که ترکیب خطی ابعاد سه گانه آزمون خودانتقادی بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد به تفاوت‌ها به ترتیب $0/80$ ، $0/96$ و $0/91$ است. همچنین نشان می‌دهد که ترکیب خطی ابعاد سه گانه آزمون اجتناب هیجانی بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه‌ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد به تفاوت‌ها به ترتیب $0/81$ ، $0/97$ و $0/92$ است. توان آزمون نیز در سطح بالایی قرار دارد. بدین معنی که حجم نمونه و آزمون به کاررفته برای ایجاد تفاوت‌ها کفایت می‌کنند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس آمیخته در متن مانکوایی تکراری بر روی مؤلفه‌های

خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی

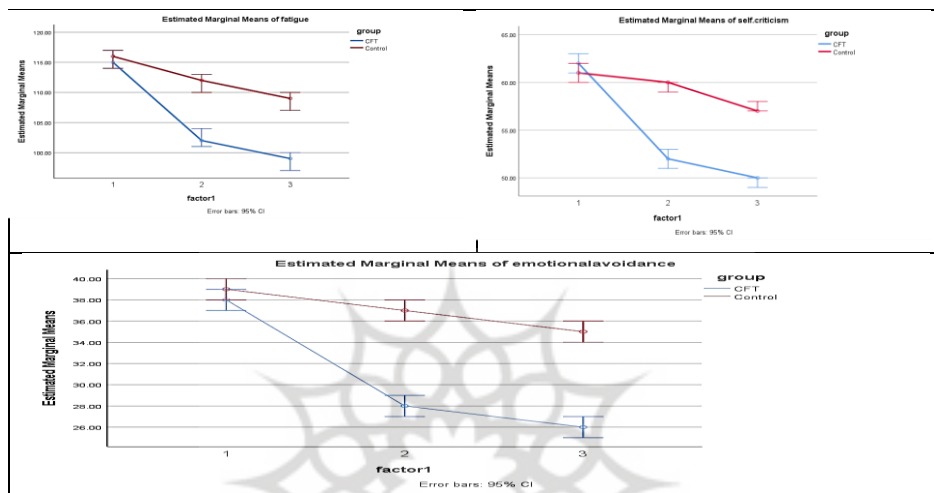
متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial η^2	توان آزمون
خستگی شناختی	آزمون	۲۴۷/۰۸۹	۱/۴۱۵	۱۷۴/۶۰۱	۲۰۳/۲۱۹	$P \leq 0/001$	۰/۸۷۹	۱
	عضویت گروهی	۱۵۲/۱۰۰	۱	۱۵۲/۱۰۰	۴۳/۰۰۹	$P \leq 0/001$	۰/۶۰۶	۱
	آزمون \times عضویت گروهی	۶۸/۸۶۷	۱/۴۱۵	۴۸/۶۶۳	۵۶/۶۴۰	$P \leq 0/001$	۰/۶۶۹	۱
خستگی جسمانی	آزمون	۲۶۶/۶۰۰	۱/۵۲۴	۱۷۴/۹۲۶	۱۸۰/۹۸۹	$P \leq 0/001$	۰/۸۶۶	۱
	عضویت گروهی	۱۱۷/۸۷۸	۱	۱۱۷/۸۷۸	۲۳/۵۳۸	$P \leq 0/001$	۰/۴۵۷	۰/۹۹۷

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial η^2	توان آزمون
	آزمون × عضویت گروهی	۵۰/۱۵۶	۱/۵۲۴	۳۲/۹۰۹	۳۴/۰۵۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۴۹	۱
خستگی اجتماعی	آزمون	۲۲۰/۹۵۶	۱/۷۹۷	۱۲۲/۹۴۴	۲۶۴/۱۴۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۰۴	۱
	عضویت گروهی	۶۰/۸۴۴	۱	۶۰/۸۴۴	۹/۷۳۶	$P \leq ۰/۰۰۴$	۰/۲۵۸	۰/۸۵۴
نمره کل خستگی	آزمون × عضویت گروهی	۲۳/۶۲۲	۱/۷۹۷	۱۳/۱۴۴	۲۸/۲۳۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۰۲	۱
	آزمون	۲۲۰۰/۲۶۷	۱/۷۳۰	۱۲۷۱/۸۴۲	۵۴۱/۶۸۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۵۱	۱
خودانتقادی مقایسه‌ای	عضویت گروهی	۹۶۰/۴۰۰	۱	۹۶۰/۴۰۰	۲۵/۵۹۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۳	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۰۶/۶۶۷	۱/۷۳۰	۲۳۵/۰۷۰	۱۰۰/۱۱۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۱	۱
خودانتقادی مقایسه‌ای	آزمون	۲۰۲/۰۶۷	۱/۶۶۶	۱۲۱/۲۶۸	۲۱۹/۸۶۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۸۷	۱
	عضویت گروهی	۱۲۲/۵۰۰	۱	۱۲۲/۵۰۰	۷۰/۸۶۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۱۷	۱
خودانتقادی درونی	آزمون × عضویت گروهی	۴۸/۲۰۰	۱/۶۶۶	۲۸/۹۲۷	۵۲/۴۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۲	۱
	آزمون	۳۳۸/۷۵۶	۱/۶۶۰	۲۰۴/۰۳۱	۲۸۸/۴۰۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۱۲	۱
خودانتقادی کل	عضویت گروهی	۱۴۱/۸۷۸	۱	۱۴۱/۸۷۸	۶۰/۸۸۸	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۸۵	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۱۹/۰۲۲	۱/۶۶۰	۷۱/۶۸۶	۱۰۱/۳۳۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۳	۱
اجتناب از افکار	آزمون	۱۰۶۴/۰۲۲	۱/۵۲۲	۶۹۸/۹۵۶	۴۹۸/۰۱۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۷	۱
	عضویت گروهی	۵۲۸/۰۴۴	۱	۵۲۸/۰۴۴	۱۱۱/۰۷۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۹۹	۱
اجتناب از ابراز‌گری هیجانی	آزمون × عضویت گروهی	۳۱۷/۴۸۹	۱/۵۲۲	۲۰۸/۵۵۹	۱۴۸/۶۰۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۴۱	۱
	آزمون	۱۲۵/۰۸۹	۱/۶۱۹	۷۷/۲۴۵	۱۸۸/۰۸۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۰	۱
اجتناب از افکار	عضویت گروهی	۴۲/۷۱۱	۱	۴۲/۷۱۱	۲۱/۹۱۲	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۴۳۹	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۲۱/۶۲۲	۱/۶۱۹	۱۳/۳۵۲	۳۱/۵۱۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۳۷	۱
اجتناب از ابراز‌گری هیجانی	آزمون	۱۷۵/۶۲۲	۲/۰۰۰	۸۷/۸۱۱	۱۹۸/۶۳۹	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۷۶	۱
	عضویت گروهی	۱۹۹/۵۱۱	۱	۱۹۹/۵۱۱	۶۰/۶۸۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۸۵	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۷/۶۲۲	۱/۰۰۰	۴۷/۶۲۲	۵۳/۸۶۴	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۸	۱

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial η^2	توان آزمون
	گروهی							
اجتناب از فعالیت	آزمون	۸۱/۴۲۲	۱/۶۵۲	۴۹/۲۹۳	۱۰۱/۳۷۵	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۸۴	۱
	عضویت گروهی	۸۸/۰۱۱	۱	۸۸/۰۱۱	۶۰/۹۳۱	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۸۵	۱
	آزمون \times عضویت گروهی	۴۲/۷۵۶	۱/۶۵۲	۲۵/۸۸۴	۵۳/۲۳۳	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۶۵۵	۱
اجتناب هیجانی	آزمون	۱۱۱۹/۰۲۲	۲/۰۰۰	۵۵۹/۵۱۱	۴۷۵/۳۷۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۹۴۴	۱
	عضویت گروهی	۹۰۲/۵۰۰	۱	۹۰۲/۵۰۰	۱۱۱/۵۰۷	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۷۹۹	۱
	آزمون \times عضویت گروهی	۳۲۲/۴۰۰	۲/۰۰۰	۱۶۱/۲۰۰	۱۳۶/۹۶۰	$P \leq ۰/۰۰۱$	۰/۸۳۰	۱

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که تحلیل کوواریانس‌های آمیخته با اندازه‌های مکرر مربوط به اثر زمان‌ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل خستگی و مؤلفه‌های آن معنی‌دار می‌باشند. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه بر نمره کل خستگی ($F(۲۸, ۱) = ۱۰۰/۱۱۷, P < ۰/۰۰۱$)، نمره کل خودانتقادی ($F(۲۸, ۱) = ۱۱۱/۰۷۴, P < ۰/۰۰۲$) و نمره کل اجتناب هیجانی ($F(۲۸, ۱) = ۱۱۱/۵۰۷, P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی و مؤلفه‌های آن در سه گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر زمان به‌وسیله آزمون هیون-فلدت و با اصلاح درجات آزادی نمره کل خستگی ($F(۴۸/۴۴, ۱/۷۳۰) = ۱۱۷۰/۶۸۸, P < ۰/۰۰۱$)، نمره کل خودانتقادی ($P < ۰/۰۰۱$)، اجتناب هیجانی ($F(۴۲/۶۲۴, ۱/۵۲۲) = ۱۲۸۰/۷۳۷, P < ۰/۰۰۱$)، اجتناب هیجانی ($F(۵۶, ۲) = ۴۷۵/۳۷۷, P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایشی در دو موقعیت پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه به‌وسیله آزمون هیون-فلدت و با اصلاح درجات آزادی بر نمره کل خستگی ($F(۴۸/۴۴, ۱/۷۳۰) = ۱۰۰/۱۱۷, P < ۰/۰۰۱$)، خودانتقادی ($F(۴۸/۴۴, ۱/۷۳۰) = ۱۴۸/۶۰۲, P < ۰/۰۰۱$) و

بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی و مؤلفه‌های آن در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر در گروه آزمایش متفاوت است.



نمودار ۱. مقایسه نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی برحسب زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه گواه

با توجه به نمودارهای ۱، ۲ و ۳ در پیش‌آزمون میانگین نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی در گروه آموزش خود دلسوزی شناختی و گروه گواه تقریباً نزدیک به هم بود. در پس‌آزمون میانگین نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی گروه آموزش خود دلسوزی شناختی کاهش یافت؛ ولی در گروه گواه تقریباً تغییری نداشت. بعد از دو ماه (آزمون پیگیری) میانگین نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی در گروه آموزش خود دلسوزی شناختی تقریباً کاهش درخور توجهی داشت و میانگین نمرات خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی در گروه گواه نیز تقریباً ثابت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،

خودانتقادی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش خود دلسوزی شناختی بر روی مؤلفه‌های خستگی مؤثر است. طبق نتایج به دست آمده، سؤال اول پژوهش مبنی اینکه آیا آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی بیماران ام. اس اثربخش است؟ مورد تأیید قرار گرفت و در مرحله پس از مداخله، بیماران خستگی کمتری را نسبت به مرحله قبل از مداخله نشان دادند. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم ناهمخوان با یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به دست آمده در این پژوهش به صورت مستقیم با یافته‌های برخی تحقیقات پیشین که اثربخشی خود دلسوزی شناختی را در بیماران ام. اس تأیید نموده بودند، همخوانی دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش قطور، پور یحیی، داورنیا، سلیمی و شاکرمی (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و پژوهش سلیمی، ده فرشته، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷) باهدف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مالتیپل اسکلروزیس همخوان است. همچنین این نتایج به صورت غیرمستقیم با مطالعات پنلینگتون (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی خود دلسوزی شناختی بر ابعاد درد مزمن مؤثر هستند همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، یکی از مهم‌ترین اصل‌هایی که در خود دلسوزی شناختی به بیماران آموزش داده می‌شود پذیرش رنج است از آنجایی که رنج دارای ابعاد و سطوحی شامل (رنج جسمانی، رنج روان‌شناختی، رنج اجتماعی) است می‌توان گفت احساس خستگی جسمانی بیشتر علائم بدنی ناشی از بیماری هستند لذا تکنیک‌های پذیرشی (البته پذیرشی که نیازمند چرخیدن فعال به سمت موقعیت است و اینکه متوجه شویم که این موقعیت واقعاً هست و به شکلی که در همین حالا هست وجود دارد)، مهربانی، بخشندگی و قدرشناسی، نداشتن پیش‌داوری، رها کردن و اجازه دادن به تفکرات منفی برای ورود و خروج از ذهن به بیماران ام. اس این فرصت را می‌دهد تا مراحل بهبود بهتری را سپری کنند و پیامد مهم این درمان اثربخشی برای اعضای گروه آزمایشی

است که تحت درمان بودند و سیر نزولی در ابعاد خستگی داشتند. همچنین داشتن احساس دلسوزی به خود دلالت بر این دارد که فرد تلاش می‌کند که از تجربه درد جلوگیری نماید. این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود. افراد دلسوز درد و نقص کمتری را نسبت به سایرین تجربه می‌کنند و دیدگاه حمایت‌گرایانه‌ای نسبت به خوددارند؛ بنابراین تجربه درد پایین و «هشیاری که از توجه کردن عمدی، لحظه‌به‌لحظه و بدون پیشداوری ایجاد می‌شود» می‌توان زمینه را برای کاهش خستگی در ابعاد شناختی، جسمانی و اجتماعی فراهم کند (براون و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش خود دلسوزی شناختی بر روی مؤلفه‌های خودانتقادی مؤثر است. طبق نتایج به‌دست‌آمده، طبق نتایج به‌دست‌آمده، سؤال دوم پژوهش مبنی اینکه آیا آموزش خود دلسوزی شناختی بر خودانتقادی بیماران ام. اس اثربخش است؟ مورد تأیید قرار گرفت و در مرحله پس از مداخله، بیماران خودانتقادی کمتری را نسبت به مرحله قبل از مداخله نشان دادند. مطالعه‌ای که نتایج آن به‌صورت مستقیم همخوان با نتایج مطالعه حاضر باشد و یا ناهمخوان با یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های برخی تحقیقات پیشین که اثربخشی خود دلسوزی شناختی را در خودانتقادی تأیید نموده بودند، همخوانی دارد. این نتایج با مطالعات شاهوندی و وشکی (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی زنان متقاضی طلاق، مونثرو- مارین و همکاران (۲۰۱۹) و توماس و مقدم (۲۰۲۱) مبنی بر اینکه خود دلسوزی شناختی بر خودانتقادی بیماران مؤثر است، همخوانی دارد.

هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد. چندین مداخله می‌تواند برای تحقق این هدف استفاده شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). آموزش روانی-اجتماعی از اصول درمان شناختی-رفتاری به مراجعین کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی‌شان (به‌خصوص عملکرد هیجانات) و نقشی را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تداوم ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان

داشته باشد، بفهمند. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب درونی‌اش کمک کند، به‌خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم‌وزیاد می‌شود و با موقعیت و رفتار ارتباط دارد. فهم و درک این مطالب، برای تغییر کافی نیست؛ بنابراین زمان کافی برای تمرینات تجربی اختصاص می‌یابد که راه‌های جدیدی برای ارتباط با تجارب درونی فراهم می‌کند (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). از سوی دیگر با توجه به اینکه نگرش‌ها، باورها و انتظارات بیماران ام. اس درباره خود و مشکل‌شان، منابع مقابله با بیماری و همچنین سیستم مراقبت بهداشتی، بر میزان خستگی، ناتوانی و نیز پاسخ بیمار به درمان اثر می‌گذارند، باورهای بیماران مبتلا به بیماری ام. اس، مبنی بر پایان‌ناپذیر بودن و استمرار بیماری در آینده سبب ایجاد خستگی شدیدتری می‌شود (میسر و همکاران، ۲۰۲۰). در صورتی که دلسوزی به خود مستلزم این است که فرد زمانی که آسیب می‌بیند به‌جای آنکه رنج متحمل شده را نادیده بگیرد یا خود را به باد انتقاد بگیرد، نسبت به خود مهربان باشد و خود را درک کند (گرامر و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع دلسوزی به خود مانند ضربه‌گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که دلسوزی به خود زیادی دارند، از آنجا که با سخت‌گیری کمتر خودشان را قضاوت می‌کنند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌های آن‌ها دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان است (تری و لری، ۲۰۱۱)، همچنین با درمان مبتنی بر خود دلسوزی شناختی، افراد یاد می‌گیرند تجربه‌های جدیدی را به کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن فعالیت‌ها و یادگیری رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود؛ به همین دلیل خود دلسوزی شامل توانایی نظارت بر هیجانات خود و به‌طرز ماهرانه‌ای استفاده کردن از این اطلاعات به منظور هدایت افکار و اعمال است (نف، ۲۰۱۱).

در تبیین دیگر این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که خوددلسوزی شناختی خودانتقادی بیماران ام. اس را کاهش می‌دهد، چراکه افراد می‌آموزند که چگونه به خود و دیگران همدلی و همدردی کنند و در نتیجه این همدلی و آگاهی لحظه‌ای در زمان حال با نگرش بدون قضاوت و پیش‌داوری باورها و تجارب افراد را اصلاح می‌کند (که این امر یک تجربه هیجانی اصلاحی است) و نگرش آن‌ها نسبت به خود و توانایی‌هایشان را تغییر

می‌دهد. به نظر می‌رسد، خود دلسوزی شناختی نه تنها از طریق کاهش خودانتقادی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری تاب‌آوری شود. همچنین بیماران ام. اس با توجه به الگوی دیاتز - استرس اختلال یا مسیر آن را به‌عنوان نتیجه تعامل بین یک استعداد برای آسیب‌پذیری یا دیاتز و استرس ناشی از تجارب زندگی در نظر گرفت که این تجارب استرس‌زا باعث تشدید و بروز علائم ام. اس شده‌اند؛ بنابراین خود دلسوزی شناختی به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی، هیجانی و رفتاری و افزایش انعطاف‌پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند عمل کنند تا سطح رویدادهای استرس‌زا کاهش یابد. همچنین با تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی، بر تقویت یک رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌کند. اصلاح و تقویت شفقت به خود (مفهومی که با قضاوت و انتقاد که اغلب مراجع نسبت به افکار و احساساتش دارد، مخالف است)، یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود. به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بیجا نیز کاهش می‌یابد. چراکه نشان داده شده است این حالت‌ها ناراحتی و تنش بین افراد را افزایش می‌دهند، انگیزه اجتناب تجربی را فراهم می‌کنند. در نهایت هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد، می‌باشد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش خود دلسوزی شناختی بر روی مؤلفه‌های اجتناب هیجانی مؤثر است. طبق نتایج به‌دست آمده، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر اجتناب هیجانی بیماران ام. اس مورد تأیید قرار گرفت و در مرحله پس از مداخله، بیماران اجتناب هیجانی کمتری را نسبت به مرحله قبل از مداخله نشان دادند. مطالعه‌ای که نتایج آن به‌صورت مستقیم همخوان با نتایج مطالعه حاضر باشد و یا ناهمخوان با یافته‌های این مطالعه باشد، مشاهده نشد، اما نتایج به‌دست آمده در این پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با یافته‌های برخی تحقیق‌های پیشین که اثربخشی خود دلسوزی شناختی را در هیجان‌های منفی تأیید نموده بودند، همخوانی دارد. این نتایج با

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۹۵

مطالعات مک مونز و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شرم، شفقت به خود و خودانتقادی/ خودسرزنی بیماران بستری و برونزی، باقرزاده غلامی، منصوری و زنده دل (۲۰۲۰) مبنی بر اینکه خود دلسوزی شناختی بر تحمل آشفتگی، دشواری‌های تنظیم هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران قلبی عروقی مؤثر است، همخوانی دارد. ایرونز (۲۰۱۹) نیز نشان داد که رویکرد خود دلسوزی شناختی بر تنظیم هیجانی اثربخش است.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط کرد که بخش بزرگی از مهارت‌های آموزش داده شده در خود دلسوزی شناختی ذهن آگاهی، ارزشمند زیستن و پذیرش حالات هیجانی منفی به همان شیوه‌ای که هست است که به نوعی توجه کردن به حالات درونی فرد (مانند هیجان و شناخت) در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن آگاهی در طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادت‌ی و خود به خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و فرد وقایع غیر قابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن، پاسخ‌های تنیدگی‌زا کاهش می‌یابد؛ بنابراین تمرینات ذهن آگاهی، خود آگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این خود آگاهی، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرایندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد؛ بنابراین آرامش جسمی و روحی در فرد به وجود می‌آید که این عوامل زمینه را برای کاهش اجتناب هیجانی و روان‌شناختی فراهم می‌کند. در ذهن آگاهی و مهارت‌های تمرین آگاهی لحظه به لحظه‌اش، فرد تلاش می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف و تعامل با دیگران بینش و بصیرت پیدا کند و سپس بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند مفید را انتخاب کند به جای آنکه به طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار واکنش نشان دهد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۷). بعلاوه ذهن آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به روشی نو، نه عادت‌ی، واکنش نشان دهند (نف و مک‌گی، ۲۰۱۰). با عنایت به اینکه رفتار

توأم به جرأت‌ورزی موجب توسعه ارتباط موفق و باز و ابراز احساسات مثبت، عشق و قدردانی و افزایش احترام و تکریم خود در مواجهه با دیگران می‌شود، ذهن آگاهی می‌تواند پذیرش و مقابله و خصومت، اضطراب و خطرپذیری را کاهش دهد. همچنین در ذهن آگاهی نیز، یکی از تکنیک‌ها مراقبه است. مراقبه فعالیتی از هشیاری ذهنی (شامل عواطف و احساسات، خاطرات و رویاها) است. از طریق مراقبه می‌توانیم اشتباهاتمان را بشناسیم و ذهنمان را طوری تنظیم و سازگار کنیم که واقع‌گرایانه‌تر و صادقانه‌تر به تفکر و واکنش بپردازد (مای‌هو و گیلبرت، ۲۰۰۸). این یافته‌ها می‌تواند به این علت باشد که در این روش آموزش، تأکید بر تغییرات شناختی- رفتاری می‌باشد که خود فرد مسبب آن است. بر این اساس به این نکته می‌توان اشاره کرد که کارآمدی بین فردی یک مهارت آموخته‌شده است نه یک صفت که یک فرد دارای آن باشد یا از آن بی‌بهره باشد. لذا یک برنامه جامع آموزشی که برای تقویت باورهای فردی در مورد توانمندی‌هایش و رفتارهای جرأت‌ورزانه طراحی شده باشد می‌تواند دید افراد را نسبت به خودشان تغییر دهد، اعتماد به خود را در آن‌ها تقویت کند و روابط بین فردی آن‌ها را بهبود بخشد و این مهارتی است که با آموزش توانایی ارزشمند زیستن، ذهن آگاهی و پذیرش حاصل می‌شود (لاسر و کورتن، ۲۰۱۳).

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش بیان‌کننده کاربرد مهم خود دلسوزی شناختی در کاهش خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی است. خود دلسوزی به‌عنوان یکی از رویکردهای روان‌شناسی مثبت می‌تواند رشد مداخله‌های و پژوهشی را در حوزه روان‌درمانی به دنبال داشته باشد؛ همچنین اهمیت مقابله با رویدادهای منفی برای ارتقا سلامت روانی را برجسته می‌کند؛ این پژوهش صرفاً بر روی بیماران مبتلابه ام. اس شهر اراک انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد علاوه بر این دوره پیگیری ۲ ماهه به دلیل محدودیت زمانی انجام گرفت، همچنین برای سنجش متغیر پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است که به نظر می‌رسد این موضوع به‌صورت خود گزارش‌دهی محدودیت‌هایی به همراه دارد. همچنین مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به بیماران مبتلابه ام. اس شهر اراک و روش نمونه‌گیری غیر

اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی،...؛ باقری و همکاران | ۱۹۷

تصادفی (هدفمند) این پژوهش از دیگر جمله محدودیت‌هایی هستند که در این پژوهش برجسته‌اند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های درمانی برای بیماران مبتلا به ام. اس دارای درد روان‌شناختی و جسمانی مزمن استفاده شود و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد. همچنین نتایج حاضر از چندین زاویه و در عرصه‌های گوناگون می‌تواند به کار گرفته شود، این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روانشناسی، مشاوره و آموزش به کار بست چراکه نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش خود دلسوزی شناختی است. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود از آموزش خود دلسوزی شناختی در مداخلات مربوط به بهبود خستگی بیماران ام. اس استفاده شود. این روش می‌تواند به صورت فردی و گروهی برای انواع مشکلات بالینی، استفاده و موجب افزایش سلامت و واکنش‌های سازگارانه شود؛ بنابراین در راستای یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود از آموزش خود دلسوزی شناختی در مداخلات مربوط به حوزه‌های دیگر روان‌شناختی استفاده شود.

تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش نهایت تقدیر و تشکر را داشته باشند.

ORCID


Sahar Bagheri


Mohammad Hatami


Hasan Rezaei-Jamaloei

Moslem Abbasi

 <http://orcid.org/0000-0002-7390-0638>

 <http://orcid.org/0000-0001-5657-6445>

 <http://orcid.org/0000-0002-0338-0168>

 <http://orcid.org/0000-0002-6402-5640>

منابع

- برقی ایرانی، زیبا، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد، بختی، مجتبی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روان‌سازهای ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلابه اختلال ریاضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۸۳-۱۰۰.
- مؤمنی، خدامراد، بگیان کوله‌مرز، محمدجواد، محمدی، امید، بهرامی، پرویز، زارعی، فرشته. (۱۳۹۴). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، مولتیپل اسکلروزیس و عادی. *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۹ (۶)، ۳۴۱-۳۵۱.
- موسوی، اشرف سادات، قربانی، نیما. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲ (۳-۴)، ۷۵-۹۱.
- قطور، زینب، پوریحیی، سید مصطفی، داورنیا، رضا، سلیمی، آرمان، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری زنان مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس. *ارمغان دانش مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۲۳ (۳ پیاپی ۱۲۸)، ۳۵۰-۳۶۳.
- سلیمی، آرمان، ده فرشته، ارسلان، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس، *افق دانش*، ۲۴ (۲)، ۱۲۵-۱۳۱.

References

- Austin, J, Drossaert, C. H. C, Sanderman, R, Schroevers, M. J, and Bohlmeijer, E. T. (2021) Experiences of Self-Criticism and Self-Compassion in People Diagnosed With Cancer: A Multimethod Qualitative Study. *Front Psychology*, 12, 737725. doi: 10.3389/fpsyg.2021.737725
- Berard, J. A, Smith, A. M, Walker, L. A. S. (2019). Predictive Models of Cognitive Fatigue in Multiple Sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 34 (1), 31-38.
- Boulanger, J. L, Hayes, S. C, Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept. In: Kring AM, Sloan DM, editors. *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: *Guilford Press*, 107-36.
- Breines, J. G, Thoma, M. V, Gianferante, D, Hanlin, L, Chen, X, & Rohleder, N. (2014). Self-compassion as a predictor of interleukin-6 response to acute psychosocial stress. *Journal of Brain, Behavior, and Immunity*, 37, 109-114.

- Brown, L, Karmakar, C, Flynn, M, Motin, M.A, Palaniswami, M, Celano, C, M, Huffman, J, Bryant, C. (2019). A Self-Compassion Group Intervention for Patients Living With Chronic Medical Illness: Treatment Development and Feasibility Study. *Prim Care Companion CNS Disord*, 21(5), 19m02470
- Dahmardeh, H, Sadooghiasl, A, Mohammadi, E, & Kazemnejad, A. (2021). The experiences of patients with multiple sclerosis of self-compassion: A qualitative content analysis. *Bio Medicine*, 11(4), 35–42.
- Dinger, U, Barrett, M.S, Zimmermann, J, Schauenburg, H, Wright, A.G, Renner, F, Zilcha-Mano, S, Barber, J.P. (2015). Interpersonal Problems, Dependency, and Self-Criticism in Major Depressive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 93–104.
- Fisk, J. D, Doble, S. E. (2002). Construction and validation of a fatigue impact scale for daily administration (D-FIS). *Quality of Life Research*, 11(3), 263-72.
- Germer, C. K. & Neff, K. D. (forthcoming, summer 2019). *Teaching the Mindful Self- Compassion program: A guide for professionals*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 6-41.
- Gilbert, P, & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P, & Irons, C. (2005). *Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking*. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Hove, UK: Routledge
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: *An integrative review*. *Rev Gen Psychol*. 2(3), 271-99.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13 (3), 359–365.
- Hayes, S. C, Strosahl, K. D, & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C, Strosahl, K, & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heidari, M, Fahimi, M. A, Salehi, M, Nabavi, S. M, (2014). Validity and reliability of the Persian-version of fatigue impact scale in multiple sclerosis patients in Iran. *Koomesh*, 15(3), 295-301.
- Hind, D, Cotter, J, Thake, A, Bradburn, M, Cooper, C, Isaac, C, & House, A.

- (2014). Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 14, 5. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-5>
- Iancua, L, Bodnerb, E, Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58,165-171.
- Irons, C. (2019). *The Compassionate Mind Approach to Difficult Emotions*: Robinson.
- Kennedy, S. (2015). *Assessing Behavioral and Emotional Avoidance in Adolescents: A Psychometric Validation Study*" Open Access Theses. 572. http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_theses/572.
- Lucre, K, M, Cortenm N, (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 86, 387–400.
- Luyten, P, Sabbe, B, Blatt, S.J, Meganck, S, Jansen, B, De Grave, C, Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, 24(8), 586–596.
- Mayhew, S. L, Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113–138.
- McManus, J, Tsivos, Z, Woodward, S, Fraser, J, Hartwell, R. (2018). Compassion Focused Therapy Groups: *Evidence from Routine Clinical Practice. Behaviour Change*, 35, 167–173. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.16>.
- Messer, M, Anderson, C, Linardon, J. (2020). Self-compassion explains substantially more variance in eating disorder psychopathology and associated impairment than mindfulness. *Body Image*, 36, 27-33.
- Montero-Marin, J, Collado-Navarro, C, Navarro-Gil, M, Lopez-Montoyo, A, Demarzo, M, Herrera-Mercadal, P, Barcelo-Soler, A, & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*, 9(10), e029909.
- Neff, K. D. & Germer, C. K (2018). *The Mindful Self-Compassion workbook: A proven way to accept yourself, find inner strength, and thrive*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D. & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and otherfocused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.

- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
- Neff, K. D., McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity* 9, 225-240.
- Penlington C. (2019). Exploring a compassion-focused intervention for persistent pain in a group setting. *British journal of pain*, 13(1), 59-66. <https://doi.org/10.1177/2049463718772148>
- Sánchez, D., & Sancho, D., & Ballester, & de la Rubia Ortí, m, Enrique, J, & Silvia. G. (2021). Relevance of experiential avoidance in Multiple Sclerosis and nursing rol. *Index de Enfermeria*, 1 (2), 1-5.
- Shavandi, H., & Veshki, S. K. (2021). Effectiveness of compassion-focused therapy on self-criticism of the women applying for divorce. *Journal of education and health promotion*, 10, 15. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_495_20
- Shenk, C. E; Putnam, F. W. & Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36 (2), 118-126.
- Silcox L. (2002). Occupational therapy and multiple sclerosis. *Recherché*, 67-68.
- Solaro, C, Cella, M, Signori, A, Martinelli, V, Radaelli, M, Centonze, D, Bonavita, S. (2018). Identifying neuropathic pain in patients with multiple sclerosis: a crosssectional multicenter study using highly specific criteria. *Journal of Neurology*, 265(4), 828-835.
- Spinhoven, P, Drost, J, de Rooij, M, van Hemert, A. M, & Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior Therapy*, 45, 840-850.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352-362.
- Thomason, S, Moghaddam, N. (2021). Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy*, 94(3), 737-759.
- Thompson, R., & Zuroff, D.C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-30.
- Tur, C. (2016). Fatigue Management in Multiple Sclerosis. *Current Treatment Options in Neurology*, 18(26), 3-12.
- Vosoughi, R, Freedman, M. S. (2008). Therapy of MS. *J Neurol neuros: Atlas multiple*, (112), 365-85.
- Wang, X, Chen, Z, Poon, K. T, Teng, F, & Jin, S. (2017). Self-compassion

- decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Wang, X, Chen, Z, Poon, K. T, Teng, F, Jin, J. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Bronsi, F, Bagherzadeh-Golmakani, Z, Mansouri, A, Zande Del, A. (2020). The effectiveness of compassion focused therapy on distress tolerance, difficulty in emotion regulation and anxiety sensitivity in patients with cardiovascular disease. *Social Determinants of Health*, e16. DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/sdh.v6i1.32208>.
- Ghator, Z, Pouryahya, S. M, Davarniya, R, Salimi, A, Shakarami, M. (2018). The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane-danesh*, 23(3), 350-363. [In Persian]
- Momeni, K, Bagiyani Kulemarez, M. J, Mohammadi, O, Bahrami, P, Zarei, F. (2015). Comparing the early maladaptive schemas and lifestyle among the patients with depression and multiple sclerosis and normal people, *Journal Kermanshah University Medical Science*, 19(6), 343-52. [In Persian]
- Salimi, A, Arsalandeh, F, Zaharakar, K, Davarniya, R, Shakarami, M. (2018). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Mental Health of Women with Multiple Sclerosis. *Horizon of Medical Sciences*, 24 (2), 125-131. [In Persian]
- Barghi Irani, Z, Bagiyani Kulemarz, M. J, Bakhti, M. (2016). Effectiveness of cognitive therapy based on "compassionate-mind" on the modification of maladaptive schemas and reduction of negative emotions in students with mathematics disorder. *Contemporary Psychology*, 11 (1), 103-117. [In Persian]

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: باقری، سحر، حاتمی، محمد، رضایی جمالویی، حسن، عباسی، مسلم. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خود دلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی، خودانتقادی و اجتناب هیجانی بیماران ام. اس، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۷)، ۱۶۵-۲۰۲.

DOI: 10.22054/jcps.2022.65159.2680



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.