



Comparing the effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on negative emotions in women with MS

Maryam. Heidary¹, Shahram. Mami*², Vahid. Ahmadi³ & Kianoosh. Khamooshian⁴

1. PhD student, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

2. *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

4. Assistant Professor, Department of Neurology, Imam Reza Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 61-75

Corresponding Author's Info

Email:

Shahram.mami@yahoo.com

Article history:

Received: 2023/05/19

Revised: 2023/07/22

Accepted: 2023/07/28

Published online:

2023/08/27

Keywords:

schema therapy, cognitive-behavioral, negative emotions, women.

ABSTRACT

Background and Aim: Negative emotions are one of the things that a person with MS is dealing with and it reduces their opportunities to establish social interactions, and this issue threatens their social relationships, quality of life, and as a result, their mental health. The purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on negative emotions in women with MS in Kermanshah. **Methods:** The current research was of applied purpose type and in terms of methodology, it was quasi-experimental with a pre-test-post-test design, a control group and a two-month follow-up. The statistical population of the research included all women with multiple sclerosis (MS) in Kermanshah during 2019-2020 who had referred to the Imam Reza Educational-Therapeutic Center. In this research, in order to select the research sample, first of all, among the female patients with multiple sclerosis who were referred to the Imam Reza Educational-Therapeutic Center (AS) in Kermanshah to receive medical services, the research questionnaires were distributed (taking into account the observance of all health principles in the face of the corona virus disease), the data collection tool included the DASS-21 questionnaire. Analysis of variance with repeated measurements and SPSS software were used for statistical analysis of data. **Results:** The findings showed that there was a statistically significant difference in the overall negative emotions scores of the participants in the control group compared to the negative emotions scores of the participants in the first intervention group (schema therapy) and the participants in the cognitive behavioral therapy group. This is while there was no significant difference in the score of negative emotions between the two intervention groups of schema therapy and cognitive behavioral therapy. This situation applies to the two components of depression and stress. That is, the level of depression and stress of the people in the two educational intervention groups has decreased significantly compared to the people in the control group, but there was no difference between the two intervention groups. Regarding the anxiety component, the results of the follow-up test indicate that although the anxiety of the two intervention groups has a mean difference (2.27 and 2.07) with the control group, this difference is not significant. **Conclusion:** Based on the available findings, it can be concluded that there was no difference between the effects of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on reducing negative emotions.



This work is published under CC BY-NC 4.0 license.

© 2023 The Authors.

How to Cite This Article:

Heidary, M., Mami, S., Ahmadi, V., & Khamooshian, K. (2023). Comparing the effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on negative emotions in women with MS. *Jayps*, 4(6): 61-75.



مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی در زنان مبتلا به ام اس

مریم حیدری^{۱*}، شهرام مامی^{۲*}، وحید احمدی^۳ و کیانوش خاموشیان^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
۴. استادیار، گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: هیجانات منفی از مواردی است که فرد مبتلا به ام اس با آن درگیر است و موجب کاهش فرصت‌های آنها برای برقراری تعاملات اجتماعی می‌شود و این مسئله روابط اجتماعی، کیفیت زندگی و در نتیجه سلامت روان آنها را با تهدید مواجه می‌کند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی در زنان مبتلا به ام اس در شهر کرمانشاه بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع هدف کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شهر کرمانشاه طی سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) مراجعه نموده بودند. در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا بین بیماران زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس که جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه بودند، پرسشنامه‌های مورد پژوهش (با توجه به رعایت تمامی اصول بهداشتی در مواجهه با بیماری ویروسی کرونا) توزیع شد، ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه DASS-21 بود. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها مبین این بود که در نمرات کلی هیجانات منفی شرکت کنندگان در گروه کنترل نسبت به نمره هیجانات منفی شرکت کنندگان در گروه مداخله اول (طرح‌واره درمانی) و شرکت کنندگان در گروه درمانی شناختی رفتاری از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی داری بودند. این در حالی است که نمره هیجانات منفی در بین دو گروه مداخله طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری تفاوت معنی داری نداشت؛ این وضعیت، در باره دو مولفه افسردگی و استرس صدق می‌کند. یعنی سطح افسردگی و استرس افراد حاضر در دو گروه مداخلات آموزشی نسبت به افراد حاضر در گروه کنترل کاهش معنی داری داشته است، اما تفاوتی بین دو گروه مداخله وجود نداشته است. درباره مولفه اضطراب نیز نتایج آزمون تعقیبی حاکی از آن است که هرچند اضطراب دو گروه مداخله دارای اختلاف میانگین (۲/۲۷ و ۲/۰۷) با گروه کنترل هستند اما این اختلاف معنادار نشده است. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های موجود می‌توان نتیجه‌گیری نمود تفاوتی میان اثر دو روش طرح‌واره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش هیجانات منفی وجود نداشت.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۶۱-۷۵

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

Shahram.mami@yahoo.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۲/۲۹

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۰۵/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۶/۰۵

واژگان کلیدی

طرح‌واره درمانی، شناختی رفتاری،

هیجانات منفی، زنان.

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

حیدری، مریم، مامی، شهرام، احمدی، وحید، و خاموشیان، کیانوش. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی در زنان مبتلا به ام اس. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۴(۶): ۷۵-۶۱.

مقدمه

بیماری‌های مزمن نگرانی روبه رشد بین‌المللی هستند و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن اغلب بار سنگینی از بیماری را تجربه می‌کنند که اثری منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی این افراد می‌گذارد و باعث محدودیت در فعالیت‌های روزمره آنها می‌شود (یسری آلایت، فیول، گایتان و کوریاله^۱، ۲۰۱۸). یکی از بیماری‌های مزمن، مالتیپل سکلروزیس^۲ (ام.اس)، است. مالتیپل سکلروزیس یک بیماری مزمن پیشرونده و تخریب کننده سیستم عصبی مرکزی است که باعث تخریب میلین اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) می‌شود و باعث ایجاد اختلال در هدایت جریان‌های عصبی و الکتریکی شده و عملکردهای حسی و حرکتی را تحت تأثیر می‌دهد (فایسنر و گولد^۳، ۲۰۱۹). شیوع ام‌اس در بانک اطلاعات پژوهشی^۴ پزشکی در حدود ۲/۴ درصد هر ساله افزایش یافته است (مکینزی، مورانت، بلومفیلد، مک دونالد و ریوردن، ۲۰۱۴). در گذشته، ایران یک منطقه با شیوع کم ام‌اس در نظر گرفته می‌شد، اما تحقیقات اخیر نشان داده است که شیوع ام‌اس در ایران به‌طور معناداری افزایش یافته است (گلچوبیان و حسینی المدنی، ۱۴۰۰). بررسی‌های مقدماتی بیان‌کننده آن است که در سطح کشور ایران تقریباً ۵۰۰۰ بیمار مبتلا به ام‌اس وجود دارد (گلچوبیان و حسینی المدنی، ۱۴۰۰). این بیماری در افراد ۱۶ - ۴۰ ساله شایع‌تر بوده و در زن‌ها بیشتر از مردها دیده می‌شود (ایزدی، نیک سرشت، شریفیان، صحرائیان، جهرمی و همکاران، ۲۰۱۴). ام‌اس بر ویژگی‌های رفتاری و سبک زندگی بیماران اثر می‌گذارد و موجب اختلالات گوناگون حسی، حرکتی، شناختی، کاهش عملکرد ذهنی، فیزیکی و اجتماعی می‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۹۷).

هیجانات منفی^۵ از مواردی است که فرد مبتلا به ام‌اس با آن درگیر است و موجب کاهش فرصت‌های آنها برای برقراری تعاملات اجتماعی می‌شود و این مسئله روابط اجتماعی، کیفیت زندگی و در نتیجه سلامت روان آنها را با تهدید مواجه می‌کند (زواری زارع، زواری زارع و ابراهیمی پاکیزه، ۱۳۹۵). هیجانات عامل مهمی در رابطه با بیماری ام‌اس هستند؛ به‌طوریکه بیماران مبتلا به ام‌اس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بالاتر اختلالات روانی همچون افسردگی، استرس و اضطراب می‌باشند (لنکاستر، تامسون، چیاراوالوتی و جنووا^۶، ۲۰۲۲) و بیشترین شیوع را در حدود ۴۸٪، همان یک سال اول بعد از تشخیص بیماری، علائم اضطراب، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند (پومپیلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ مرادی شهربابک، عسگری و مولوی، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده اند که حدود ۶۰-۵۰ درصد بیماران ام‌اس از افسردگی (لنکاستر و همکاران، ۲۰۲۲؛ تروپسی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱) و حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد نیز از اضطراب رنج می‌برند که به شدت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر گذار است (ارین، دمیر و اوزکان^۸، ۲۰۲۱؛ سعادت و همکاران، ۱۳۹۸؛ مرادی شهربابک و همکاران، ۱۳۹۶). در مجموع، می‌توان گفت که افراد دارای بیماری‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مزمن همانند ام‌اس، به سبب روابط و تعاملات اجتماعی محدود حاصل از بیماری، حالات نامتعادل روانی چون خودکشی، افسردگی و یأس و ناامیدی زیادی را تجربه می‌کنند (مولر و شیبوس^۹، ۲۰۱۹؛ مقتدری، صفاری‌نیا، زارع و علی پور، ۱۳۹۸) که نیاز است با استفاده از مداخلات روان-شناختی کارآمد به کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقاء کیفیت زندگی آنها کمک نمود.

5. negative emotions

6. Lancaster, Thomson, Chiaravalloti & Genova

7. Troisi

8. Eren, Demir & Ozkan

9. Moeller & Seehuus

1. Ysraelit, Fiol, Gaitán & Correale

2. multiple sclerosis

3. Faissner & Gold

4. General Practice Research Database

زندگی (حاجی لو و همکاران، ۱۳۹۷؛ آل یاسین و خالوئی، ۱۳۹۵) بیماران مبتلا به ام‌اس، اثربخش است. از سوی دیگر، با توجه به اینکه بسیاری از مبتلایان به بیماری‌های مزمن همراه با علائم روان‌شناختی به‌خصوص در مطالعات پیگیری در روند بهبودی دچار اُفت می‌شوند، طرح‌واره درمانی^۸ در مقام مقایسه برای پژوهش حاضر انتخاب شده است. از مزیت‌های مدل طرح‌واره‌ها ایجاز و نیز پیچیدگی و عمیق بودن آن بوده و این درمان اختصاصی است. به‌عبارتی طرح‌واره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های خاص را نشان می‌دهند (بک، داویس و فریمن^۹، ۲۰۱۵). براساس تئوری الگویی پیشنهاد شده توسط یانگ^{۱۰}، طرح‌واره‌ها در دوران کودکی توسعه می‌یابند و به‌صورت قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می‌شوند. با انعکاس طرح‌واره‌های ناسازگار اغلب باورهای بی‌قید و شرطی درباره خود شخص ایجاد می‌شود (پوگ^{۱۱}، ۲۰۱۵). بررسی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی، مداخله‌ای مؤثر در جهت کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است (رضایی، غضنفری و رضایی، ۱۳۹۵).

باوجود اینکه پیشرفت‌هایی در توجه به گسترش مداخلات روانی-اجتماعی برای مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس صورت گرفته است؛ اما به‌صورت کاربردی، اثربخشی آن‌ها مورد بررسی چندانی قرار نگرفته است. از آنجاکه روش‌های مناسب نه تنها سبب بالا بردن مهارت‌ها و افزایش تاب‌آوری می‌شود، بلکه باعث افزایش کارایی سیستم ایمنی و کاهش پیامدهای بهداشتی-اقتصادی بیماری می‌گردد، مطالعه هر چه بیشتر و مقایسه انواع روش‌های درمانی می‌تواند کمک زیادی به بهبودی نماید. از سویی دیگر، با بررسی مطالعات داخلی و خارجی

برای درمان مشکلات روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی‌رفتاری یکی از مداخلات مؤثر در مورد سازه‌های روان‌شناختی در بیماران مزمن می‌باشد (گیلن^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ وان دن آکر^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). در درمان شناختی‌رفتاری^۳ پیشرفت درمانی به‌دنبال تغییر در طرح‌واره‌های شناختی روی می‌دهد. به‌ویژه هنگامی که به‌طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرح‌واره‌های دیگر، غیرفعال شوند (کاله و ایاج^۴، ۲۰۱۸). این رویکرد از طریق چالش با افکار خودآیند منفی، شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم می‌کند تا فرد مبتلا به بیماری از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمانگرایانه رها شود، بیمار بودن خود را بپذیرد و به گونه‌ای منطقی با آن مواجه شود. علاوه‌براین، با تغییر در شناخت‌ها و اصلاح باورهای غیرمنطقی فرد، نگرش وی نسبت به خود، دنیا و آینده متحول می‌شود و به دنبال آن بیمار می‌تواند به جای تمرکز روی ناتوانی‌ها و ناامیدی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف‌پذیری را اتخاذ کند. این درمان به‌طور مؤثری بر بهبود خودکارآمدی در درد، امید به زندگی، خستگی و افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است (شاره و رباطی، ۱۳۹۹؛ سینگسوکون^۵ و همکاران، ۲۰۲۰؛ نظربلند^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). کاسیو^۷ و همکاران (۲۰۱۷)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر بهبود علائم افسردگی و کیفیت زندگی ۱۲۷ بیمار مبتلا به ام‌اس نشان دادند. همچنین، نتایج مطالعات نشان داده است که درمان شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت

1. Ghielen
2. van den Akker
3. cognitive behavioral therapy (CBT)
4. Chalah & Ayache
5. Siengsukon
6. Nazarboland
7. Cosio

8. schema therapy (ST)
9. Beck, Davis & Freeman
10. Young
11. Pugh

گروه‌های آزمایش و گواه (۲ گروه آزمایش و گروه گواه)، مداخلات درمانی (یعنی درمان طرحواره‌ای و درمان شناختی رفتاری) هر کدام به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد و یک هفته پس از اتمام جلسات درمان، از گروه‌های آزمایش و گواه پس از آزمون به عمل آمد. محتوای جلسات روان‌درمانی گروهی به طور سازمان یافته اجرا و در نهایت کل برنامه درمانی در هر یک از دو روش درمانی، از یک پیش جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس - فرم کوتاه. این مقیاس توسط لوی باند و لوی باند در سال ۱۹۹۵ تدوین و شامل ۲۱ آیتم می‌باشد که ۷ آیتم آن افسردگی، ۷ آیتم اضطراب و ۷ آیتم استرس را می‌سنجند. نمره گذاری آن به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای (۳=کاملاً شبیه من است تا ۰=کاملاً متفاوت با من است) انجام می‌شود. این مقیاس دارای پایایی درونی ۰/۸۱ برای افسردگی، ۰/۸۲ برای اضطراب و ۰/۹۰ برای استرس و ۰/۹۳ برای مقیاس کلی است (بهرز و همکاران، ۱۳۹۵).

۲. درمان شناختی رفتاری. در پژوهش حاضر به منظور اجرای درمان شناختی رفتاری از مدل بسط یافته از مواد مشترک رویکرد شناختی استفاده شد که توسط هیمبرگ و بکر در سال ۲۰۰۰ معرفی شده است و شامل ۸ جلسه مداخله گروهی (۹۰ دقیقه‌ای) می‌باشد.

تاکنون تحقیقی در زمینه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی مبتلایان به بیماری ام اس انجام نشده است که نیاز به انجام پژوهش در این حیطة را به جهت روشن ساختن کارآمدترین مداخله، ضروری می‌نماید. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی در زنان مبتلا به ام اس انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع هدف کاربردی و ازلحاظ روش‌شناسی، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون، گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) شهر کرمانشاه طی سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) مراجعه نموده بودند. در این پژوهش به منظور انتخاب نمونه پژوهش، ابتدا بین بیماران زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس که جهت دریافت خدمات درمانی به مرکز آموزشی-درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مراجعه بودند، پرسشنامه‌های مورد پژوهش (با توجه به رعایت تمامی اصول بهداشتی در مواجهه با بیماری ویروسی کرونا) توزیع شد، سپس از میان بیمارانی که واجد ملاک‌های ورود باشند با روش نمونه‌گیری دردسترس و هدفمند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه [درمان طرحواره‌ای=گروه آزمایش شماره ۱؛ درمان شناختی رفتاری=گروه آزمایش شماره ۲ و گروه کنترل] گمارده شدند. پس از تعیین و جای‌گزینی تصادفی

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	فعالیت‌ها؛ خوش آمدگویی؛ معارفه اعضا؛ معرفی آموزش شناختی رفتاری و ساختار جلسات و قوانین گروه؛ تنظیم کارهای انفرادی
جلسه دوم	فعالیت‌ها؛ مرور کارهای انفرادی جلسه قبل؛ معرفی مفاهیم اصلی؛ خطاهای منطقی؛ افکار خودکار؛ باورها؛ طرحواره‌ها و باورهای بنیادین؛ تصرف افکار خودکار؛ یادارهای ABC و ثبت آن‌ها در سه ستون مجزا؛ کارهای فردی؛ جمع‌آوری ABC‌های موجود در زندگی روزمره؛ مروری بر کارهای انفرادی جلسه قبل؛ سخنرانی؛ خطاهای منطقی؛ تمرین؛ شناخت و طبقه‌بندی خطاهای منطقی؛ تنظیم کارهای انفرادی
جلسه سوم	فعالیت‌ها؛ مروری بر کارهای انفرادی جلسه دوم؛ سخنرانی (بحث کلاسی): استفاده از منطق متناسب؛ تمرین؛ استفاده از منطق مناسب جهت تولید افکار منطقی؛ تنظیم کارهای انفرادی؛ سخنرانی (بحث کلاسی): مخالفت ورزی؛ تمرین؛ توسعه مخالفت ورزی‌های

شخصی خود؛ سخنرانی (بحث کلاسی): تقویت مخالفت ورزی از طریق ادراک؛ تنظیم کارهای انفرادی جلسه آینده	
فعاليتها؛ مرور کارهای فردی جلسه سوم؛ سخنرانی (بحث کلاسی): مدل عمومی (ژنریک)؛ تنظیم کارهای فردی	جلسه چهارم
فعاليتها؛ مرور بر کارهای فردی مربوط به جلسه قبل؛ سخنرانی: توضیح روش پیکان عمودی؛ تمرین پیکان عمودی؛ تنظیم کارهای فردی	جلسه پنجم
فعاليتها؛ مرور کار انفرادی جلسه قبل؛ سخنرانی (موضوع بحث محتوای پیکانهای عمودی پیشرفته)؛ تمرین: پیکانهای عمودی بیشتر؛ سخنرانی: درجه بندی پریشانی ذهنی؛ سخنرانی: درجه بندی باورها؛ تنظیم کارهای انفرادی	جلسه ششم
فعاليتها؛ مرور کارهای انفرادی جلسه ششم؛ سخنرانی: مفهوم سازی تفکرات منفی شما و فرمول بندی شناختی؛ تمرین: طبقه بندی باورها و تنظیم نقشه‌های شناختی؛ تمرین: تنظیم فهرست اصلی باورهای منفی؛ تمرین: پرکردن کاربرگ فرمول بندی شناختی؛ تنظیم کارهای انفرادی	جلسه هفتم
فعاليتها؛ مرور کارهای انفرادی جلسه قبل؛ مقدمه‌ای برای بخش سوم؛ سخنرانی: باورها می‌توانند تغییر کنند؛ تنظیم کارهای انفرادی؛ سخنرانی، تداوم تغییر: فنون شناختی، فنون تجربی و فنون رفتاری؛ تمرین: تهیه برنامه (طرح) ماندگاری؛ مرور برنامه؛ تنظیمات لازم برای ارزیابی بعد از درمان و پیگیری؛ پایان دادن به جلسات؛ اجرای پرسشنامه تحمل پریشانی؛ اجرای پرسشنامه رفتارهای پرخطر؛ اجرای پرسشنامه اهمالکاری تحصیلی	جلسه هشتم

۳. درمان طرحواره‌ای. در این پژوهش به منظور اجرای ترجمه حمیدپور و اندوز، (۱۳۹۸) استفاده شد که طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شده تکنیک‌های طرحواره درمانی یانگ و کلسکو (۲۰۰۷) است.

جدول ۲. محتوای جلسات طرحواره درمانی گروهی	
جلسات	محتوا
جلسه اول	هدف: آشنایی و معارفه و آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی آشنایی و معارفه، مروری بر ساختار جلسات، بیان قوانین و مقررات، تاکید بر رازداری، صحبت در مورد طول مدت جلسات، پاسخدهی به سئوالات شرکت‌کنندگان، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبان ساده، معرفی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آنها و معرفی حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره، توضیح و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها.
جلسه دوم	هدف: آموزش طرحواره‌ها توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای و شناسایی تجارب ذهنیت‌های خود، مفهوم‌سازی مشکل بیماران بر طبق رویکرد طرحواره محور و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده و ارائه بازخورد، آشناسازی افراد با طرحواره‌هایشان و شناسایی حوزه‌های مختل، انجام و آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، بحث و گفتگوی گروهی پیرامون طرحواره‌ها و تاثیر هر کدام بر زندگی بیماران. تکلیف خانگی: تشویق به مطالعه کتاب زندگی خود را دوباره بیافرینید به عنوان تکلیف خانگی (هر فرد بایستی بخش مربوط به طرحواره‌های خود را مطالعه و خلاصه کند و برای جلسه آینده بیاورد).
جلسه سوم	هدف: شروع فرایند تغییر طرحواره‌ها بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها، آمادگی جهت تغییر طرحواره‌ها، معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، هم‌پیمان شدن با افراد گروه جهت جنگ با طرحواره‌ها در سه جبهه شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، آموزش دو تکنیک از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تعیین‌کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای. تکلیف خانگی: نوشتن شواهد عینی تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌های خود براساس شواهد گذشته و فعلی.
جلسه چهارم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای شناختی بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، آموزش و تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه استفاده از این کارت‌ها به افراد گروه، آموزش نحوه تکمیل فرم‌های ثبت‌نام طرحواره، بررسی زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها. تکلیف خانگی: ساخت کارت‌های آموزشی به عنوان تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای تجربی مرور تکلیف خانگی، معرفی مجدد راهبردهای تجربی، ارائه منطق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش استفاده از راهبردهای ذهنی و اجرای آن در جلسه، آموزش تکنیک انجام گفتگوی خیالی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطق

	استفاده از این تکنیک. تکلیف خانگی: ارائه تکلیف با موضوع نوشتن نامه به منشأ طرحواره (والدین).
جلسه ششم	هدف: آغاز فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، توضیح مجدد و آموزش انواع سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آنها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص و مشکل آفرین افراد گروه به عنوان آماج احتمالی تحقیق، اولویت‌بندی رفتارها در جهت الگوشکنی رفتاری، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و تکلیف خانگی: تمرین دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی.
جلسه هفتم	هدف: ادامه فرایند تغییر طرحواره‌ها به واسطه به کارگیری راهبردهای الگوشکنی رفتاری بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم بخش طرحواره و بررسی تأثیر آن در زندگی افراد، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش روش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری. تکلیف خانگی: انجام تمرینات مربوط به الگوشکنی رفتاری، نوشتن عواملی که بر موانع تغییر رفتار غلبه می‌کنند.
جلسه هشتم	هدف: جمع‌بندی جلسات بحث و گفتگوی گروهی پیرامون اثرات تغییر طرحواره‌ها، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی و پاسخگویی به سئوالات بیماران و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از افراد نمونه جهت شرکت در جلسات.

شدند. در این تحلیل عضویت گروهی، متغیر مستقل، نمرات پیش آزمون، متغیر تعدیل کننده و نمرات پس آزمون، متغیر وابسته است. همچنین، هر متغیری که با پیش آزمون رابطه داشته باشد، کنترل خواهد شد. همچنین، در پس آزمون به مقایسه گروه A با گروه گواه و مقایسه گروه B با گروه گواه و تفاوت A و B پرداخته شد. در مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز همین مراحل انجام شد. همچنین، لازم به ذکر است که آزمون کلموگروف-اسمیرنف (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌ها گزارش شد.

یافته‌ها

در این پژوهش نیمه آزمایشی، ۴۵ نفر به عنوان آزمودنی شرکت کردند که از این تعداد ۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه مداخله نوع اول (طرحواره درمانی) و ۱۵ نفر در گروه مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن برای گروه طرحواره‌درمانی $42/07 \pm 8/91$ و برای گروه کنترل $42 \pm 6/97$ و برای کل نمونه $42/03 \pm 7/86$ بود. تحصیلات ۲۰ نفر (۶۶/۷٪) از افراد دیپلم و فوق دیپلم و ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود.

روش اجرا

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به منظور حفظ حقوق شرکت کنندگان، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه شرکت کنندگان ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت کنندگان تصریح شد. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل می‌شود. پس از اخذ موافقت و رضایت شفاهی، پرسشنامه‌های خودگزارشی در بین آزمودنی‌ها توزیع شد و پس از تکمیل جمع‌آوری شد. با توجه به اینکه در این پژوهش از طرح‌های گروهی پیش آزمون و پس آزمون به همراه پیگیری استفاده شد و در این طرح‌ها تأثیر متغیر (مستقل) بر متغیر دیگر (وابسته) سنجیده می‌شود، آنچه که اهمیت دارد، کنترل متغیرهای همگام است، روش آماری در این پژوهش تحلیل واریانس، آزمون تعقیبی شفه و آزمون LSD (کمترین اختلاف معنی‌دار) بود که با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد و در آن تأثیر متغیر کنترل و پس آزمون بر متغیرهای وابسته برداشته شده و سپس، گروه‌ها با هم مقایسه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمره کل هیجانات منفی و ابعاد آن در سه گروه و سه مرحله						
مولفه‌ها	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
			انحراف میانگین	انحراف میانگین	انحراف میانگین	انحراف میانگین
افسردگی	کنترل	۱۵	۱۴,۶۷	۱,۳۵	۱۴,۷۳	۱,۵۳
	مداخله طرحواره درمانی	۱۵	۱۴,۸۷	۲,۰۷	۱۱,۷۳	۱,۴۹
	مداخله درمان شناختی-رفتاری	۱۵	۱۴,۸۰	۲,۱۴	۱۲,۳۳	۱,۴۵
	مجموع گروه‌ها	۴۵	۱۴,۷۸	۱,۸۵	۱۲,۹۳	۱,۹۶
اضطراب	کنترل	۱۵	۱۴,۹۳	۴,۱۵	۱۴,۷۳	۳,۵۸
	مداخله طرحواره درمانی	۱۵	۱۴,۷۳	۲,۷۱	۱۱,۲۷	۱,۸۳
	مداخله درمان شناختی-رفتاری	۱۵	۱۳,۶۷	۲,۷۷	۱۲,۱۳	۱,۵۵
	مجموع گروه‌ها	۴۵	۱۴,۴۴	۳,۲۵	۱۲,۷۱	۲,۸۵
استرس	کنترل	۱۵	۱۶,۸۷	۳,۰۹	۱۷,۳۳	۲,۶۱
	مداخله طرحواره درمانی	۱۵	۱۶,۶۰	۳,۱۴	۱۳,۴۷	۳,۱۸
	مداخله درمان شناختی-رفتاری	۱۵	۱۴,۰۷	۲,۸۱	۱۲,۵۳	۲,۷۰
	مجموع گروه‌ها	۴۵	۱۵,۸۴	۳,۲۱	۱۴,۴۴	۳,۴۸
نمره کل هیجانات منفی	کنترل	۱۵	۴۶,۴۷	۵,۰۵	۴۶,۸۰	۴,۸۴
	مداخله طرحواره درمانی	۱۵	۴۶,۲۰	۴,۵۹	۳۶,۴۷	۳,۸۳
	مداخله درمان شناختی-رفتاری	۱۵	۴۲,۵۳	۴,۳۱	۳۷,۰۰	۳,۲۳
	مجموع گروه‌ها	۴۵	۴۵,۰۷	۴,۹۰	۴۰,۰۹	۶,۲۱

پیش‌آزمون برابر با ۱۴/۷۸ بوده که در مرحله پس‌آزمون به عدد ۱۲/۹۳ و در مرحله پیگیری به ۱۳/۱۱ رسیده است؛ این یافته نشان از آن دارد که سطح مولفه افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون روند کاهشی داشته است. این وضعیت در دو مولفه اضطراب و استرس نیز صادق است و سطح این دو مولفه نیز مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است. البته سطح هر سه مولفه در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون افزایش ناچیز داشته است که می‌بایست سطح معنی‌داری این تغییرات از طریق آزمون آماری مناسب بررسی شود.

بر اساس مندرجات جدول فوق، میانگین نمره کلی هیجانات منفی در میان زنان مبتلا به ام‌اس در آغاز پژوهش (یعنی مرحله پیش‌آزمون) ۴۵/۰۷ بود که کمتر از حد متوسط می‌باشد. در میان گروه‌ها، بیشترین نمره هیجانات در گروه کنترل با میانگین ۴۶/۴۷ مشاهده شد. با انجام مداخلات در گروه‌های آزمون، در مرحله پس‌آزمون، نمره هیجانات منفی برای گروه مداخله اول یعنی طرحواره درمانی به ۳۶/۴۷ رسید و برای گروه دوم (درمان شناختی-رفتاری) تا مقدار ۳۷ کاهش یافت. نمرات این متغیر در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تقریباً در تمامی گروه‌ها پایدار باقی ماند. به معنای دیگر نمرات مرحله پیگیری برابر با مرحله پس‌آزمون بوده است. همچنین، نمره مولفه افسردگی در مرحله

جدول ۴. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها			
متغیر	مرحله	آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	آزمون لوین
		آماره	مقدار F
نمره کل	پیش‌آزمون	۰,۸۲	۰,۴۹۴
		۰,۵۱	۰,۶۱۴

۰,۲۸	۱,۳۱۴	۰,۶۲	۰,۷۵	پس آزمون	
۰,۱۲۴	۲,۱۹۷	۰,۳۴	۰,۹۴	پیگیری	
۰,۴۶	۰,۷۹	۰,۱۰	۱,۲۱	پیش آزمون	افسردگی
۰,۹۰	۰,۱۰	۰,۴۵	۰,۸۶	پس آزمون	
۰,۶۲	۰,۴۸	۰,۶۸	۰,۷۲	پیگیری	
۰,۰۹	۲,۵۲	۰,۶۸	۰,۷۲	پیش آزمون	اضطراب
۰,۰۰	۹,۱۲	۰,۳۴	۰,۹۴	پس آزمون	
۰,۰۸	۲,۷۲	۰,۶۱	۰,۷۶	پیگیری	
۰,۹۶	۰,۰۴	۰,۲۵	۱,۰۲	پیش آزمون	استرس
۰,۶۷	۰,۴۰	۰,۶۴	۰,۷۴	پس آزمون	
۰,۸۷	۰,۱۴	۰,۱۴	۱,۱۵	پیگیری	

آزمون اضطراب نیز چشم پوشی کرد. مفروضه سوم آزمون تحلیل واریانس مختلط، برابری ماتریس کوواریانس عوامل و فاکتورهای وارد شده در مدل می باشد. جهت بررسی رعایت این مفروضه، از آزمون باکس (Box) استفاده می شود که می بایست شاخص ام باکس در بالاتر از سطح معنی دار (۰/۰۵) قرار گرفته باشد. مقدار شاخص ام باکس این آزمون برای مدل نمره کل هیجانات منفی (مطابق جدول ۴-۵) برابر با ۱۲/۹۳ بوده و سطح معنی داری آن ۰/۴۸۰ بیش از ۰/۰۵ است و مقدار ام باکس برای مدل سه مولفه فرعی برابر با ۱۲۴/۶۹ و سطح معنی داری برابر با ۰/۶۲ است. بنابراین فرض صفر یعنی ماتریس کوواریانس مشاهده متغیرهای وابسته (یعنی عوامل درونی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) هم برای مدل نمره کل هیجانات منفی و هم برای مدل سه مولفه فرعی (افسردگی، اضطراب و استرس) در گروه های مختلف کنترل، مداخله اول و مداخله دوم برابر می باشند. به این ترتیب، مفروضه برابری ماتریس کوواریانس برای انجام آزمون تحلیل واریانس مختلط برقرار است.

مطابق نتایج به دست آمده در جدول فوق، با توجه به این که سطح معنی داری این آزمون در تمامی متغیرها (شامل نمره کلی هیجانات منفی، مولفه های سه گانه افسردگی، اضطراب و استرس) بیش از ۰/۰۵ می باشد، ادعای نرمال بودن توزیع داده ها پذیرفته شده و تمامی متغیرها دارای توزیع نرمال می باشند، بنابراین می توان جهت بررسی فرضیه پژوهش از روش های پارامتریک استفاده نمود. همچنین، نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس خطاهای تمامی متغیرهای پژوهش (یعنی نمره کلی هیجانات منفی، مولفه های سه گانه افسردگی، اضطراب و استرس) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی داری نبوده (بغیر از مرحله پس آزمون مولفه اضطراب) و فرضیه صفر مبنی بر برابری همگنی واریانس داده های این سه مرحله در گروه های مختلف رد نمی شود و می توان گفت که با اطمینان ۹۵ درصد، تغییرپذیری داده های مربوطه برابر بوده و دارای واریانس یکسانی می باشند. لازم به ذکر است، با توجه به تعداد زیاد متغیرها در این پژوهش می توان از سطح معنی داری پایین متغیر مرحله پس

جدول ۵. نتایج آزمون موجلی جهت بررسی کرویت برای متغیر هیجانات منفی و ابعاد سه گانه آن						
متغیر/مولفه	عامل درون آزمودنی	آماره موجلی W	آماره مجذور کای	درجه آزادی	سطح معنی داری	اپسیلون گرین هاوس گیزر
نمره کل	زمان (یا همان مراحل)	۰,۹۱۱	۳,۸۴۲	۲	۰,۱۴۶	نیازی نیست
افسردگی	زمان (یا همان مراحل)	۰,۷۳	۱۲,۸۳	۲,۰۰	۰,۰۰	۰,۷۹
اضطراب	زمان (یا همان مراحل)	۰,۹۱	۳,۷۵	۲,۰۰	۰,۱۵	نیازی نیست
استرس	زمان (یا همان مراحل)	۰,۶۰	۲۰,۹۷	۲,۰۰	۰,۰۰	۰,۷۱

جایگزین نظیر اپسیلون گرین هاوس گیزر وجود ندارد ولی برای دو مولفه افسردگی و مولفه استرس با توجه به سطح معنی دار کمتر از ۰/۰۵ نتایج تحلیل واریانس برحسب آماره ملاک اپسیلون گرین هاوس گیزر گزارش شد.

مطابق با داده‌ها و ارقام جدول فوق، نتیجه آزمون موچلی حاکی از آن است که فرض کرویت برای نمره کلی هیجانات منفی برقرار است ($\text{sig} = ۰,۱۴۶$ و $\text{sig} = ۸۴۲,۳ = \text{Chi-Square}$). همچنین فرض کرویت برای مولفه اضطراب رعایت شده و نیازی به استفاده از مقدرهای

جدول ۶. نتایج آزمون واریانس مختلط برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل آنها بر نمره کل هیجانات منفی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری	مجذورات انا
درون آزمودنی (زمان)	۶۷۴/۸۵۹	۲	۳۳۷/۴۳۰	۱۷۹/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۸۱۱
تعامل (زمان*گروه)	۵۲۰/۷۴۱	۴	۱۳۰/۱۸۵	۶۹/۳۲۹	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
خطا (زمان)	۱۵۷/۷۳۳	۸۴	۱/۸۷۸	-	-	-
بین آزمودنی (گروه)	۱۶۳۱/۸۳۷	۲	۸۱۵/۹۱۹	۱۶/۷۹	۰/۰۰	۰/۴۴۴
خطا (گروه)	۲۰۴۰/۹۳	۴۲	۴۸/۵۹	-	-	-

مطابق با داده‌های جدول فوق، نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان می‌دهد که اثر اصلی عامل درون آزمودنی درون آزمودنی (یعنی زمان یا همان مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بر نمره کلی هیجانات منفی از لحاظ آماری معنادار است. مجذور انا برای اثر درون آزمودنی برابر با ۰/۸۱۱ می‌باشد که اثر بزرگ و قابل توجهی است. به این ترتیب، نمره حداقل هیجانات دو سطح از مراحل (یا زمان) با هم متفاوت است و در بخش آزمون‌های تعقیبی مقدار و نوع تفاوت میان سطوح مراحل توضیح داده شده است.

همچنین، نتایج مربوط به اثر تعاملی عوامل درون آزمودنی و بین گروهی نیز بر نمره هیجانات منفی ($\text{sig} = ۰,۰۰۰$ و $F = ۱۶,۷۹$) از لحاظ آماری معنادار بود. اندازه اثر نیز با مقدار ۰/۷۶۸ نشان دهنده تأثیر بالا و قوی اثر تعاملی عوامل درون آزمودنی و بین گروهی می‌باشد. به این ترتیب، تغییر نمره هیجانات منفی در طی زمان در گروه‌های مختلف متفاوت است. تأثیر عامل بین گروهی (دارای سه سطح: گروه کنترل، مداخله اول و مداخله دوم) بر نمره هیجانات منفی نیز در سطح کمتر از ۰/۰۰۱، معنی دار شده است. اندازه اثر ۰/۴۴۴ این عامل حاکی از تأثیر متوسط این عامل بر نمره هیجانات منفی دارد. به این ترتیب، نمره هیجانات منفی در حداقل دو سطح از عامل بین گروهی متفاوت است که جهت بیان دقیق این تفاوت، نیاز به آزمون تعقیبی است که در ادامه

توضیح داده شده است. به عبارت دیگر، در قسمت مقایسه زوجی مشخص می‌شود که اختلاف سطح هیجانات منفی آیا در گروه‌های مداخله بیشتر است یا خیر و آیا این اختلاف تحت تأثیر آموزشهای صورت گرفته طرحواره‌ای و درمان شناختی رفتاری است یا خیر. لازم به ذکر است که روند تغییر نقاط داده‌ای برای مقادیر منتسب به هیجانات منفی برحسب تعامل سطوح عامل درون آزمودنی و بین آزمودنی هم به صورت خطی ($\eta^2 = ۰,۸۰۹$ ، $\text{sig} = ۰,۰۰۰$ ، $F(2, 42) = ۱۹۷,۷۳۳$) و هم به صورت غیر خطی ($\eta^2 = ۰,۶۶۰$ ، $\text{sig} = ۰,۰۰۰$)، $F(2, 42) = ۶۲,۶۳۷$) از نظر آماری معنی دار بوده است. به این ترتیب، معنی داری آماری برای اثر تعاملی برقرار است.

جدول ۷. نتایج آزمون واریانس مختلط برای بررسی اثر زمان، گروه و تعامل آن‌ها بر هیجانات منفی							
منبع تغییرات	مولفه‌ها	تصحیح	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی داری
درون آزمودنی (زمان)	افسردگی	گرین هاوس-گیزر	۹۳,۱۷	۱,۵۸	۵۹,۱۱	۵۴,۶۵	۰,۰۰
	اضطراب	-	۸۳,۷۳	۲,۰۰	۴۱,۸۷	۵۳,۰۷	۰,۰۰
تعامل (زمان*گروه)	استرس	گرین هاوس-گیزر	۵۱,۶۰	۱,۴۳	۳۶,۱۳	۶۳,۴۱	۰,۰۰
	افسردگی	گرین هاوس-گیزر	۵۷,۹۰	۳,۱۵	۱۸,۳۶	۱۶,۹۸	۰,۰۰
خطا (زمان)	اضطراب	-	۴۹,۳۳	۴,۰۰	۱۲,۳۳	۱۵,۶۳	۰,۰۰
	استرس	گرین هاوس-گیزر	۷۵,۵۶	۲,۸۶	۲۶,۴۵	۴۶,۴۲	۰,۰۰
خطا (گروه)	افسردگی	گرین هاوس-گیزر	۷۱,۶۰	۶۶,۲۱	۱,۰۸		
	اضطراب	-	۶۶,۲۷	۸۴,۰۰	۰,۷۹		
بین آزمودنی (گروه)	استرس	گرین هاوس-گیزر	۳۴,۱۸	۵۹,۹۸	۰,۵۷		
	افسردگی	-	۹۶,۰۶	۲,۰۰	۴۸,۰۳	۷,۳۸	۰,۰۰
خطا (گروه)	اضطراب	-	۱۴۱,۷۳	۲,۰۰	۷۰,۸۷	۳,۰۰	۰,۰۶
	استرس	-	۳۸۷,۲۴	۲,۰۰	۱۹۳,۶۲	۹,۰۵	۰,۰۰
خطا (گروه)	افسردگی	-	۲۷۳,۴۷	۴۲,۰۰	۶,۵۱		
	اضطراب	-	۹۹۲,۹۳	۴۲,۰۰	۲۳,۶۴		
	استرس	-	۸۹۸,۳۶	۴۲,۰۰	۲۱,۳۹		

همچنین، اثر بین آزمودنی (سه گروه کنترل، مداخله اول و دوم) در دو مولفه افسردگی و استرس در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار شده است. البته اندازه اثر این دو مولفه (به ترتیب با ۰/۲۶ و ۰/۳۰) نشان از تاثیر کم گروه بر تغییرات این دو مولفه دارد. برای مولفه اضطراب نیز سطح معنی عامل بین گروهی بیشتر از ۰/۰۵ است و نشان از آن دارد که نمره اضطراب در سه گروه کنترل، مداخله اول و مداخله دوم تفاوت معنی داری باهم ندارد. بنابراین می‌توان گفت مداخلات طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر سطح مولفه اضطراب بیماران ام اثر مستقلی نداشته است. لازم به ذکر است با توجه به اندازه اثر پایین عامل بین گروهی سه مولفه فرعی و بالا بودن اندازه اثر عامل درون آزمودنی و تعامل (زمان و گروه) در سه مولفه می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات سه مولفه به طور مستقل تاثیر عامل درون آزمودنی است. عامل بین گروهی مختلف در تعامل با اثر زمان بر میزان سه مولفه موثر است و به طور مستقل چندان اثر تغییرپذیری ندارد.

طبق جدول فوق نتایج نشان می‌دهد که نمرات سه مولفه افسردگی، اضطراب و استرس متأثر از اثر درون آزمودنی (مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بوده است. اندازه اثر هر سه مولفه تقریباً یک مقدار برابری دارند و بیش از حد متوسط می‌باشند. به این ترتیب، نمره حداقل دو سطح از مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در هر کدام از مولفه‌ها با هم متفاوت است. در بخش آزمون‌های تعقیبی جزئیات تفاوت سطح مراحل بیان شده است. همچنین، نتایج اثر تعاملی درون-بین آزمودنی در تمامی سه مولفه افسردگی ($F = 16,98$)، اضطراب ($F = 15,63$) و استرس ($F = 46,42$) در سطح کمتر از ۰/۰۵ ($sig = 0,000$) معنی دار بوده است. با توجه به این که اندازه اثر مولفه استرس برابر با ۰/۶۹ بوده و نشان از اثر قوی اثر تعاملی دارد. به این ترتیب اثر تعاملی زمان و گروه در این مولفه نسبت به دو مولفه افسردگی و اضطراب بیشتر است. به بیان دیگر، سطح استرس بیماران ام اس در مراحل و گروه‌های مختلف نسبت به دو مولفه دیگر تغییرات بیشتری داشته است.

جدول ۸. مقایسه‌های زوجی نمرات طی زمان برای متغیر هیجان‌ات منفی و ابعاد سه گانه آن

متغیر/مولفه	مقایسه زوجی	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی داری
نمره کل	پیش آزمون - پس آزمون	۴,۹۸	۰,۳۱	۰
	پیش آزمون - پیگیری	۴,۴۷	۰,۳۱	۰
	پس آزمون - پیگیری	- ۰,۵۱	۰,۲۴	۰,۱۲
افسردگی	پیش آزمون - پس آزمون	۱,۸۴	۰,۲۲	۰,۰۰
	پیش آزمون - پیگیری	۱,۶۷	۰,۲۲	۰,۰۰
	پس آزمون - پیگیری	- ۰,۱۸	۰,۱۴	۰,۵۹
اضطراب	پیش آزمون - پس آزمون	۱,۷۳	۰,۲۱	۰,۰۰
	پیش آزمون - پیگیری	۱,۶۰	۰,۱۷	۰,۰۰
	پس آزمون - پیگیری	- ۰,۱۳	۰,۱۷	۱,۰۰
استرس	پیش آزمون - پس آزمون	۱,۴۰	۰,۱۰	۰,۰۰
	پیش آزمون - پیگیری	۱,۲۰	۰,۱۷	۰,۰۰
	پس آزمون - پیگیری	- ۰,۲۰	۰,۱۳	۰,۳۸
نمره کل	گروه کنترل با مداخله اول	۷,۰۴	۱,۴۷	۰,۰۰
	گروه کنترل با مداخله دوم	۷,۶۷	۱,۴۷	۰,۰۰
	مداخله اول با مداخله دوم	۰,۶۲	۱,۴۷	۱,۰۰
افسردگی	گروه کنترل با مداخله اول	۱,۹۶	۰,۵۴	۰,۰۰
	گروه کنترل با مداخله دوم	۱,۵۶	۰,۵۴	۰,۰۲
	مداخله اول با مداخله دوم	- ۰,۴۰	۰,۵۴	۱,۰۰
اضطراب	گروه کنترل با مداخله اول	۲,۲۷	۱,۰۳	۰,۱۰
	گروه کنترل با مداخله دوم	۲,۰۷	۱,۰۳	۰,۱۵
	مداخله اول با مداخله دوم	- ۰,۲۰	۱,۰۳	۱,۰۰
استرس	گروه کنترل با مداخله اول	۲,۸۲	۰,۹۸	۰,۰۲
	گروه کنترل با مداخله دوم	۴,۰۴	۰,۹۸	۰,۰۰
	مداخله اول با مداخله دوم	۱,۲۲	۰,۹۸	۰,۶۵

کاهش نمرات در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیگیری کلی هیجان‌ات منفی مشارکت کنندگان در مرحله پیش آزمون با متوسط نمرات آنها در پس آزمون (تفاوت میانگین=۴/۹۸) و پیگیری (تفاوت= ۴/۴۷) از نظر آماری معنادار است، اما نتایج مربوط به مقایسه‌های زوجی متوسط نمرات پس آزمون با پیگیری (اختلاف میانگین=۰,۵۱-) از لحاظ آماری غیرمعنادار بود. این وضعیت برای هر کدام از سه مولفه افسردگی، اضطراب و استرس شبیه تغییرات نمره کلی هیجان‌ات منفی است. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که نمرات کلی هیجان‌ات منفی و هر یک از ابعاد سه گانه آن در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است و این

نتایج جدول فوق نشان داد که تفاوت بین متوسط نمرات کلی هیجان‌ات منفی مشارکت کنندگان در مرحله پیش آزمون با متوسط نمرات آنها در پس آزمون (تفاوت میانگین=۴/۹۸) و پیگیری (تفاوت= ۴/۴۷) از نظر آماری معنادار است، اما نتایج مربوط به مقایسه‌های زوجی متوسط نمرات پس آزمون با پیگیری (اختلاف میانگین=۰,۵۱-) از لحاظ آماری غیرمعنادار بود. این وضعیت برای هر کدام از سه مولفه افسردگی، اضطراب و استرس شبیه تغییرات نمره کلی هیجان‌ات منفی است. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که نمرات کلی هیجان‌ات منفی و هر یک از ابعاد سه گانه آن در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش یافته است و این

خواهند داشت، دیگران را برای احساسش سرزنش می‌کند، مدام روی یک هیجان پافشاری می‌کند، او این طیف از هیجان‌ها را عادی تلقی نمی‌کند و متوجه نیست که عده زیادی از مردم احساس‌های مشابهی دارند، مخلوط هیجان‌ها برای او قابل تحمل نیست و مدام فکر می‌کند که چرا چنین احساس‌هایی دارد. این درحالی است که در جریان طرحواره درمانی مراجعین زمانی که دچار هیجانات منفی می‌شوند، ارزیابی‌ها درباره هیجان‌ها با راهبردهای به کار گرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا با تقویت و افزایش آگاهی درباره هیجان‌ها، اجتناب بیمار هم مورد هدف قرار گرفته تا فرد تجربه هیجانی‌اش را به صورت همگانی در نظر گیرد. این بازشناسی و توصیف هیجان‌های منفی به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار یا اجتناب از هیجان‌ها به پذیرش آنها کمک می‌کند. منطق اساسی طرحواره درمانی این است که هیجان‌ها به خودی خود دردسرساز نیستند، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای تعیین کننده هستند. در این رابطه طرحواره درمانی با شناسایی باورهای دردسرساز هیجانی و راهبردهای درمانی سعی در اصلاح باورهای منفی هیجانی می‌کند (بهادری و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش، درمانگر با استفاده از تکنیک گفتگوی خیالی، با فراهم ساختن امکان بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی بیماران آماده ساخت و باعث فاصله گرفتن آنها از طرحواره‌های آسیب رسان گردید. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز باعث فاصله کاهش افسردگی گردید و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان پیدا کردند که این امر بر کاهش استرس آنها تأثیر گذار بود. از آنجا که باز آفرینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مشکلات این افراد را تشدید می‌کند و سرانجام باعث به خطر افتادن سلامت روانی‌شان می‌شود که خود را به صورت نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان گفت که

دو گروه مداخلات آموزشی نسبت به افراد حاضر در گروه کنترل کاهش معنی داری داشته است، اما تفاوتی بین دو گروه مداخله وجود نداشته است. درباره مولفه اضطراب نیز نتایج آزمون تعقیبی حاکی از آن است که هرچند اضطراب دو گروه مداخله دارای اختلاف میانگین (۲/۲۷) و (۲/۰۷) با گروه کنترل هستند اما این اختلاف معنادار نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان شناختی رفتاری بر هیجانات منفی در زنان مبتلا به ام اس در شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد تفاوتی میان اثر دو روش طرحواره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش هیجانات منفی وجود نداشت.

یافته جزئی اول پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی بر کاهش هیجانات منفی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات بهادری و همکاران (۱۴۰۱)، رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، رحمتی، تکلوی و موسی‌زاده (۱۴۰۰) و ایزدی، اشرفی و فتحی آشتیانی (۱۳۹۸)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیجانات منفی عاملی خطرناک برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی هستند. زیرا افراد مبتلا به ام اس تحت فشار همبسته‌های جسمانی - هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجانی در بیماران شده و باعث بروز هیجانات منفی نظیر خشم، استرس و اضطراب شده و در نهایت پاسخ‌های ناسازگارانه هیجانی می‌شود (فلینگ و همکاران، ۲۰۱۵). این تبیین وجود دارد که طیف زیادی از هیجان‌ها در فرد آغاز می‌شود و فرد متوجه هیجان خود می‌شود. سپس هیجان‌ها را به عنوان یک مشکل در نظر می‌گیرد و طرحواره‌های هیجانی منفی خود را نشان می‌دهد؛ فرد باور دارد که هیجان‌ها برای او قابل درک نیستند، از اضطراب و غم خود احساس خجالت می‌کند، اعتقاد دارد که هیجان‌ها خارج از کنترل هستند و تا مدت‌ها ادامه

از جمله محدودیت‌ها پژوهش حاضر می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام گرفت؛ لذا نتایج به‌دست آمده به جوامع بالینی دیگر قابل تعمیم نیست و یا باید با احتیاط صورت گیرد. این پژوهش تنها بر روی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شده است. عدم کنترل تأثیر متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه خودسنجی بود که می‌تواند در نتایج پژوهش مؤثر باشد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان، مشاوران و روان‌درمانگران، به دلیل اینکه بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس علاوه بر مشکلات جسمانی، با مشکلات روانشناختی زیادی درگیر هستند، با اقدامات مناسب و بهره‌گیری از نتایج طرحواره درمانی و به ویژه درمان شناختی- رفتاری در جهت بهبود هیجانات منفی آن‌ها اقدام کنند.

موازین اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

تشکر و قدردانی

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

طرحواره درمانی برای کاهش هیجانات منفی آن‌ها می‌تواند مفید واقع شود.

یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن است که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش هیجانات منفی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات ایزانلو و همکاران (۱۴۰۰)، محمد و همکاران (۱۴۰۰)، شاره و رباطی (۱۳۹۹)، خالوئی و همکاران (۱۳۹۵)، ایرزو همکاران (۲۰۱۹) و کاسیو و همکاران (۲۰۱۷)، همسو است.

در تبیین این یافته باید به مفروضه‌های درمان شناختی - رفتاری توجه کرد که بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی - رفتاری در پژوهش حاضر سبب شده که شرکت‌کنندگان از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به شرایط خود داشته باشند. همچنین، با اصلاح باورها و ادراکات از هیجاناتشان زمینه‌های کاهش هیجانات منفی در طی مداخله را عملی نمایند. این امر سبب شده که درمان شناختی و رفتاری بر تنظیم هیجان اثرگذار باشد. در درمان شناختی - رفتاری، با بکار بردن ترکیب راهکارهای شناختی و رفتاری فرد قادر می‌شود تا در جهت تغییرات رفتاری جدی تلاش کند و پیامدهای این تغییرات را ارزیابی کند. سپس به وسیله تغییر افکار و شناخت هدف درمان، باعث انتقال مهارت‌های یاد گرفته شده به زندگی روزمره فرد می‌شود؛ بنابراین بیمار خودش تبدیل به یک درمانگر می‌شود و قادر است هیجانات خود را بهتر مدیریت کند (ایرزو همکاران، ۲۰۱۹). تامپسون (۲۰۱۲) بیان می‌کند که درمان شناختی - رفتاری با توجه به تمرکز بر اصلاح افکار دارد باعث کاهش افسردگی می‌شود به طوری که فرد افسرده را فعال‌تر و منسجم‌تر می‌کند.

- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Behrooz, B., Bovali, F., Heidarizadeh, N., & Farhadi, M. (2016). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological symptoms, coping styles and quality of life of type 2 diabetic patients. *Health and Health Magazine*, 7(2):253-237. (In Persian)
- Chalah MA, Ayache SS. (2018). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *J Clin Neurosci*, 52:1-4.
- Faissner S, Gold R. (2019). New therapeutic approaches in progressive multiple sclerosis. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 87(11):653-71.
- Ghielen I, Rutten S, Boeschoten RE, Houniet-de Gier M, van Wegen EEH, van den Heuvel OA, et al. (2019). The effects of cognitive behavioral and mindfulness-based therapies on psychological distress in patients with multiple sclerosis, Parkinson's disease and Huntington's disease: Two meta-analyses. *J Psychosom Res*, 122:43-51.
- Izadi, F., Ashrafi, E., & Fathi Ashtiani, A. (2019). The effectiveness of emotional schema therapy on reducing negative emotional schemas, emotional dyslexia and symptoms of patients with physical symptoms. *Behavioral Science Research*, 17(2), 232-243. (In Persian)
- Izanlou, H., Shahabizadeh, F., Hojat, S. K., & Bahrainian, S. A. (2021). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy focused on thinking and cognitive therapy based on awareness of negative beliefs about depression and cognitive regulation of emotions in depressed girls attempting suicide. *Psychiatric Nursing*, 9 (4), 49-63. (In Persian)
- Khaloei, A., & Heydari, D. (2021). Comparison of the effectiveness of the educational intervention based on the hope therapy approach and the cognitive therapy approach based on mindfulness on the social support of women with multiple sclerosis. *Journal of Mashhad Medical School* 6(2), 1-19. (In Persian)
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford press.
- Moradi, M., Esfandabadi, H., & Kakavand, A. (2015). Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on self-efficacy and lifestyle related to weight loss. *Scientific-research quarterly research in psychological health*, 9(4):51-61. (In Persian)

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

- ایزانلو، هادی، شهابی زاده، فاطمه، حجت، سید کاوه و بحرینیان، سید عبدالمجید (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر اندیشناکی و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر باورهای منفی به افسردگی و نظم جویی شناختی هیجان دختران افسرده اقدام کننده به خودکشی. *روان پرستاری*، ۹ (۴)، ۶۳-۴۹.
- ایزدی، فاطمه، اشرفی، عماد و فتحی آشتیانی، علی (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علائم بیماران دارای نشانه‌های بدنی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۲)، ۲۴۳-۲۳۲.
- بهروز، بهروز، بوالی، فاطمه، حیدری زاده، نسرین، فرهادی، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روان شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دوم. *مجله سلامت و بهداشت*. ۲۳۷(۲):۲۵۳-۲۳۷.
- خالویی، آل یاسین، حیدری، داوودی (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی اداک شده زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز. *مجله دانشکده پزشکی مشهد* ۶(۲)، ۱-۱۹.
- رضایی، الهه، توحیدی، افسانه، موسوی نسب، سیدمحمدحسین. (۱۳۹۷). حمایت اجتماعی و انگیزش تحصیلی: نقش واسطه‌ای باورهای خودکارآمدی. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*. ۱۰(۲): ۷۴-۵۴.
- شاره حسین، رباطی زهرا (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در درد، خستگی، امید به زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶ (۴)، ۴۳۱-۴۱۸.
- مرادی، مستانه، اسفندآبادی، حسن، کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن. *فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان شناختی*. ۹(۴):۶۱-۵۱.
- یانگ، جفری، کلسکو، ژانت. (۱۳۹۸). طرح واره درمانی-جلد اول و دوم (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). تهران: نشر ارجمند.

- Rezaei, E., Tohidi, A., & Mousavi Nasab, S. M. H. (2018). Social support and academic motivation: the mediating role of self-efficacy beliefs. *Journal of Education and Learning Studies*. 10(2):54-74. (In Persian)
- Shareh, H., & Rabati, Z. (2020). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on self-efficacy in pain, fatigue, life expectancy and depression of patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*; 26 (4): 418-431. (In Persian)
- Siengskon, C. F., Alshehri, M., Williams, C., Drerup, M., & Lynch, S. (2020). Feasibility and treatment effect of cognitive behavioral therapy for insomnia in individuals with multiple sclerosis: a pilot randomized controlled trial. *Multiple sclerosis and related disorders*, 40, 101958.
- Van Den Akker, L. E., Beckerman, H., Collette, E. H., Knoop, H., Bleijenberg, G., Twisk, J. W.,... & TREFAMS-ACE study group. (2018). Cognitive behavioural therapy for MS-related fatigue explained: A longitudinal mediation analysis. *Journal of psychosomatic research*, 106, 13-24.
- Young, J., & Klosko, J. (2019). *Schema Therapy-Volume 1 and 2 (a practical guide for clinical professionals)*. Tehran: Arjamand Publication. (In Persian)
- Ysraelit, M.c., Fiol, MP., Gaetano, M.I. & Correale, J. (2018). Quality of life assessment in multiple sclerosis: Different perception between patients and neurologists. *Frontiers in Neurology*, 8 (729), 1-6.

