

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس

سحر باقری<sup>۱</sup>، محمد حاتمی<sup>۲</sup>، \*حسن رضایی جمالویی<sup>۳</sup>، مسلم عباسی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

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

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

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

(تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۲)

## Comparison of the Effectiveness of Cognitive and Behavioral Training based on Fatigue and Cognitive Self-Compassion on the Dimensions of Fatigue and Self-Criticism in Patients with Multiple Sclerosis

Sahar Bagheri<sup>1</sup>, Mohammad Hatami<sup>2</sup>, \*Hasan Rezaei – Jamaloei<sup>3</sup>, Moslem Abbasi<sup>4</sup>

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

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

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

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

Original Article

(Received: Dec. 12, 2021 - Accepted: Sept. 24, 2022)

مقاله پژوهشی

### Abstract

**Objective:** Considering the chronicity and long duration of multiple sclerosis and the importance of self-criticism and fatigue in these patients, the need to pay attention to the use of cognitive behavioral therapy and its third generation in these patients has been neglected. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive and behavioral training based on fatigue and cognitive self-compassion on the dimensions of fatigue and self-criticism in patients with multiple sclerosis. **Method:** The present study was a quasi-experimental study with a post-test and follow-up design (2 months). Subjects with an age range of 20-40 years and with a scale of physical disability (EDSS) one to 5.5 and targeted sampling and voluntarily selected and randomly divided into experimental groups and evidence of division were. Both groups answered the fatigue Impact scale (1994), Thompson & Zuroff (2004) in the pre-test-post-test and 2-month follow-up. The collected data were analyzed using mixed analysis of covariance with repeated measures. **Findings:** The results of analysis of covariance mixed with repeated measures showed that cognitive and behavioral training based on fatigue and cognitive self-compassion are effective on the dimensions of fatigue and self-criticism in patients with multiple sclerosis. Also, the effects of the intervention were maintained after 2 months of follow-up on the reduction of fatigue and self-critical scores. **Conclusion:** Based on the results of this study, cognitive-behavioral training based on fatigue and cognitive self-compassion can be used along with drug interventions to reduce fatigue and self-criticism of multiple sclerosis patients in medical centers.

**Keywords:** Self-Critical, Fatigue, Fatigue-based Cognitive-Behavioral Training, Cognitive Self-Compassion, Multiple Sclerosis.

### چکیده

**مقدمه:** نظر به مزمن و طولانی بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس و اهمیت شاخص خودانتقادی و خستگی در این بیماران، لزوم توجه به کاربرد درمان‌های شناختی رفتاری و نسل سوم آن در این بیماران مغفول مانده است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر خستگی و درمان خوددلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری (۲ ماهه) بود. آزمودنی‌ها با دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال و با مقیاس ناتوانی جسمانی (EDSS) یک تا ۵/۵ و هدفمندانه و داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایشی و گواه تقسیم شدند. هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه به پرسشنامه‌های خستگی فیسک (۱۹۹۴) و خودانتقادی تامسون و ظروف (۲۰۰۴) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس اثربخش هستند. همچنین اثرات مداخله پس از ۲ ماه پیگیری بر روی کاهش نمرات خستگی و خودانتقادی حفظ شد. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این پژوهش می‌توان از آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی در کنار مداخلات دارویی برای کاهش خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس در مراکز درمانی استفاده نمود.

**واژگان کلیدی:** خودانتقادی، خستگی، آموزش شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی، خوددلسوزی شناختی، مولتیپل اسکلروزیس.

\*نویسنده مسئول: حسن رضایی جمالویی

\*Corresponding Author: Hasan Rezaei – Jamaloei

Email: h.rezaei2@yahoo.com

## مقدمه

بیماران مولتیپل اسکلروزیس ارتباط دارد خودانتقادی<sup>۶</sup> است. بر اساس نظریه آسیب‌پذیری شخصیتی بلات (۱۹۹۴)، سه ویژگی شخصیتی شامل وابستگی<sup>۷</sup>، خودانتقادی و کارآمدی<sup>۸</sup>، فرد را برای ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند (بلات، ۱۹۹۴؛ به نقل از دینگر، بارات، زیمرمن، اسچنبرگ، رایت، رینر، زیلاچا - مانو و باربر<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). در میان این متغیرها، خودانتقادی بیش از سایر متغیرها، نقش پیش‌بینی‌کنندگی درخصوص شدت افسردگی داشته است (لایتن، ساب، بلات، مگانگ، جانسن، دی‌گراوی و گورولین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۷؛ دینگر و همکاران، ۲۰۱۵). خودانتقادی به‌عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود، و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف شده است (ایانکوا، بودنرب و بن-زیونگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۵). در تعریف دیگر خودانتقادی به‌عنوان داشتن انتظارات بالا از خود و تلاش برای پیشرفت، تعریف شده است. افراد خودانتقادگر 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 مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است که از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان بوده و ناتوان‌کننده‌ترین بیماری سنین جوانی است. این بیماری تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و عملکردهای جسمانی و روانشناختی دارد (برارد، اسمیت و الگر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). شایع‌ترین دوره پیدایش بیماری بین بیست تا سی و پنج سالگی است و شیوع آن در زنان، ۲ برابر مردان گزارش شده است (قدم‌پور، حیدریانی و رادمهر، ۱۳۹۸). در این بیماری، پوشش میلین سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی، دچار آسیب می‌شود. پزشکان عواملی مانند نارسایی ایمنی، استعداد ژنتیکی فرد، زمینه خانوادگی، منطقه جغرافیایی، عفونتهای ویروسی و فشارهای روانی را در پیدایش آن مؤثر می‌دانند (سولارو<sup>۳</sup> 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، میلا، آگونز، بوفیل، اولیا و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). این بیماری بسیار ناتوان‌کننده، همراه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی است (وئوقی و فریدمن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ برقی ایرانی، بختی، بگیان کوله‌مرز و کرمی، ۱۳۹۳).

یکی از متغیرهایی که با اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با آسیب و عامل استرس‌زا در

6 . self- criticism

7 . dependence

8 . self- efficacy

9 . Dinger, Barrett, Zimmermann, Schauenburg, Wright, Renner, Zilcha.Mano & Barber

10 . Luyten, Sabbe, Blatt, Meganck, Jansen, De Grave & Corveleyn

11 . Iancua, Bodnerb & Ben.Zionc

1. Multiple sclerosis (MS)

2. Berard, Smith, & Walker

3. Solaro and etal

4 . Briones. Buixassa, Milà, Aragonès, Bufill, Olaya & Arrufat

5 . Freedman

مولتیپل اسکروزیس 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 خود دلسوزی شناختی<sup>۵</sup> اشاره کرد. درمان مبتنی بر خود دلسوزی شناختی، روشی برای کمک به افراد جهت گذر از رابطه سلطه‌گر تسلیم شده و گسترش بیشتر یک رابطه محبت‌آمیز با خود است (گیلبرت و آیرونز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). این رویکرد در مدل تکاملی نظریه ذهنیت اجتماعی<sup>۷</sup> ریشه دارد (گیلبرت و آیرونز، ۲۰۰۵؛ برقی‌ایرانی، بگیان کوله‌مرز و بختی، 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 می‌شود (وارن، سومرس، ملیسا، گوتز، لاری، فراس و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). خود دلسوزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی‌ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (نف، کرک‌پاتریک و رود<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). مونترو-مارین و همکاران<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۹) دریافتند که خود دلسوزی مبتنی بر دلبستگی برای دیگران می‌تواند 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 آموزش‌ها و تمرین‌هایی که با هدف افزایش مهارت‌های خود دلسوزی صورت

است (تار<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). تنیدگی و استرس ناشی از بیماری سبب ایجاد خستگی شناختی<sup>۲</sup> شده و فرد تمایل خود را برای تلاش بیشتر در جهت کنترل و مهار موقعیت تنیدگی‌زا از دست می‌دهد و در نهایت 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 به صورت حاد و پایدار تعریف می‌شود، که این مفهوم دوم به‌عنوان شکست برای حفظ نیروی مورد نیاز در مدت طولانی و یا شکست در تکرار عملکرد در نظر گرفته می‌شود (آریواسیک پورن، تارنر، اسپچولر، هوگز و اندا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸).

امروزه درمانگران مسائل روان‌شناختی در کنار درمان دارویی بیماران مولتیپل اسکروزیس 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، گوتر، تاک، برادبورن، گوپر و ایسک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴)؛ و با توجه به اثربخشی این مداخلات ما نیازمند استفاده از روان‌درمانی‌های یکپارچه‌تری هستیم تا به نوعی سهمی از علائم روان‌شناختی همبود با بیماری

5 . cognitive self-compassion

6. Gilbert, & Irons

7. social mentality theory

8 . Wren, Somers, Melissa, Goetz, Leary, Fras & et al

9 . Neff, Kirkpatrick & Rude

10 . Montero-Marin

1. Tur

2 . Cognitive fatigue

3. Arewasikporn, Turner, Alschuler, Hughes, & Ehde

4. Hind, Cotter, Thake, Bradburn, Cooper & Isaac

کارآزمایی بالینی کنترل‌شده از جمله طرح‌های موازی به این نتیجه رسیدند که گروه‌های آزمایشی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی - رفتاری را در ۸ جلسه از طریق ویدئو کنفرانس دریافت کرده بودند از شدت درد پایین‌تری در پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه برخوردار بودند. در مطالعه‌ای دیگر ویلیامز - کوگ، لی‌سور، دری‌راپ و سینگ ساگون<sup>۵</sup> (۲۰۲۱) اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بی‌خوابی بیماران مبتلا به ام‌اس به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش زمان در خواب ماندن، افزایش خودکارآمدی خواب و خستگی جسمانی ناشی از بیماری شد.

با توجه به تازگی این روش‌های درمانی، اثر بخشی آن به صورت مستقیم بر بهبود خودانتقادی و خستگی در هیچ پژوهشی مورد بررسی و مقایسه قرار نگرفته است؛ بنابراین، نظر به اثر بخش بودن این درمان‌ها در کاهش مشکلات روانشناختی و اجتماعی طبق یافته‌های پژوهش‌های ذکرشده، و توجه به این نکته که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی بعد هیجانی را کمتر مورد توجه قرار می‌دهد و بیشتر بر روی شناخت متمرکز است و رویکرد مبتنی بر خوددلسوزی بیشتر بر هیجانی تأکید دارد؛ در نتیجه ممکن است مقایسه اثربخشی آن بر خستگی و خودانتقادی بخشی از مشکلات روانشناختی را در این بیماران کاهش داد؛ لذا با توجه به خلاءهای پژوهشی که تاکنون هیچ مطالعه داخلی و خارجی در این خصوص انجام نشده است انتظار می‌رود

می‌گیرد، در بهبود اشکال مختلفی از آشفتگی‌ها مؤثر است. توماس و مقدم<sup>۱</sup> (۲۰۲۱) با بررسی تأثیر خود دلسوزی بر شدت نشانه‌های آسیب روانی دریافتند که آموزش خود دلسوزی بر شدت نشانه‌های آسیب روانی اثربخش است. نتایج پژوهش نشان داد افرادی که آموزش خوددلسوزی دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون نمرات پایین‌تری در افسردگی، اضطراب و شکایات جسمانی به دست آوردند. گل‌پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی (۱۳۹۳) دریافتند که آموزش خوددلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان افسرده مؤثر بوده است.

اخیراً یک رویکرد شناختی - رفتاری مبتنی خستگی<sup>۲</sup> مطرح شده است که فرض بر این است که تداوم و شدت خستگی در نتیجه‌ی شدت کار زیاد افراد نیست بلکه تفسیر و تعبیر این افراد از خستگی‌شان است که موجب تداوم و تشدید آن در افراد می‌شود (اسکرت و موس - موریس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی، یک رویکرد روانشناختی و غیر دارویی است که می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی در کمک به کاهش خستگی پرستاران بخش مراقبت ویژه مورد توجه قرار گیرد. اهده<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با هدف ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و درمان شناختی - رفتاری برای درد مزمن بیماران مولتیپل اسکلروزیس در یک

1. Thomason, & Moghaddam
2. cognitive behavioral therapy based on fatigue
3. Skerrett & Moss-Morris
4. Ehde

5. Williams-Cooke, LeSuer, Drerup, & Siengsukon

این درمان بتواند در کاهش مشکلات شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نیز مؤثر باشد. لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس اثربخش هستند؟

### روش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی 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 ۴۵ بیمار مبتلا به MS بود که به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی (۱۵ نفر درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و ۱۵ نفر درمان خوددلسوزی شناختی) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. بدین صورت که با هماهنگی از بین ۱۰۰ بیمار که با نظر نورولوژیست تشخیص مولتیپل اسکلروزیس دریافت کرده بودند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه و با توجه به نمره مقیاس وضعیت گسترش یافته (EDSS) در پرونده بیمار در دامنه ۰ تا ۵/۵، ۴۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود این مطالعه بر اساس تشخیص نورولوژیست و مصاحبه بالینی که توسط پژوهشگر صورت گرفته است شامل؛ 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)؛ برخورداری از اراک، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد و مزمن، عدم سابقه ابتلا به آسیب‌های مغزی مانند تومور با تشخیص نورولوژیست، عدم وابستگی به ویلچر، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روانشناختی در طول مطالعه، داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سئوالات، 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. ملاکهای خروج ۱- وجود علائم شدید مربوط به بیماری ام اس که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد، ۲- ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی و وجود معلولیت‌های جسمی، ۳- تشخیص اختلال شدید روانی نظیر افسردگی و اضطراب شدید و ۴- عدم تمایل به همکاری، ۵- دریافت سایر مداخلات روانشناختی در زمان انجام پژوهش، داشتن سابقه ابتلا به بیماری کمتر از ۶ ماه و اختلال بارز در درک و بیان کلامی که با مصاحبه با بیمار و بررسی پرونده پزشکی احراز می‌شود؛ به عنوان ملاکهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب

و پایایی این مقیاس در پژوهش مومنی، بگیان کوله‌مرز، محمدی، بهرامی و زارعی (۱۳۹۴) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد. در این پژوهش مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی به عنوان یک ابزار توسط نورولوژیست برای ارزیابی میزان بیماری مولتیپل اسکلروزیس تکمیل می‌شود تا به عنوان یک ملاک ورود به مطالعه در نحوه ارائه مداخلات آموزشی به بیماران مولتیپل اسکلروزیس متناسب با سطح پیشرفت بیماری بتواند به عنوان یک مقیاس تشخیصی عمل کند.

مقیاس سطوح خودانتقادی<sup>۲</sup> (LOSC): مقیاس سطوح خودانتقادی را تامسون و ظروف<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) طراحی کرده‌اند و روایی و پایایی آن احراز شده است. این مقیاس ۲۲ گویه دارد و دو مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای (سوالات ۲-۴-۶-۸-۱۰-۱۲-۱۴-۱۶-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲) و خودانتقادی درونی (سوالات ۱-۳-۵-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۹). این مقیاس در طیف لیکرت و به صورت ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ به صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۱۳۲ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده 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. به این منظور تحلیل عوامل مقیاس گویای دو عامل خودانتقادی مقایسه‌ای و خودانتقادی درونی

شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد (دلور، ۱۳۹۰).

مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی (EDSS): مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی یک مقیاس استاندارد جهانی است که برای اولین بار توسط کروتز<sup>۱</sup> (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 سنجدیه می‌شود که دارای ۱۰ سؤال است که توسط نورولوژیست در حد 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 (۳/۵-۶/۵) و شدید (۷ و بیشتر) طبقه بندی 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

2 . levels of self.criticism scale (LOSC)

3 . Thompson & Zuroff

1 . Kurtzke

هپاتیت نیز می‌باشد (فیسک و دوبل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). «مقیاس تأثیر خستگی» به عنوان مناسب ترین ابزار برای اندازه گیری تأثیر خستگی بر کیفیت زندگی از طرف انجمن مولتیپل اسکلروزیس آمریکا معرفی شده است. پرسشنامه مذکور ۴۰ ماده دارد که با روش درجه بندی لیکرت ۵ درجه ای از مشکلی ندارم تا خیلی زیاد مشکل دارم توسط آزمودنی ها درجه بندی شده است (حیدری، فهیمی، صالحی و نبوی، ۲۰۱۴) که محدودیت های عملکرد افراد را در نتیجه خستگی در سه بعد ارزیابی می کند: شناختی که مشتمل بر ۱۰ سوال بوده (۱، ۵، ۶، ۱۱، ۱۸، ۲۱، ۲۶، ۳۰، ۳۴، ۳۵) و تمرکز، حافظه و تفکر و سازمان دهی افکار مربوط می باشد. 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 می کند 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 می سنجد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). پایین ترین نمره در این مقیاس ۰ و بالاترین امتیاز این مقیاس ۱۶۰ می باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده خستگی بیشتر می باشد (سیلکوکس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). از مزایای این پرسشنامه آن است که برای اهداف درمانی نسبت به سایر ابزارها مناسب تر است، چرا که آیتم های آن اثر خستگی را بر اجرای فعالیت های روزمره زندگی اندازه می گیرد در واقع این ابزار برای اندازه گیری

بود. همچنین بین خرده مقیاسها با خرده مقیاس روان نژندی پرسشنامه ویژگی های شخصیتی رابطه معنی داری وجود داشت. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط تامسون و ظروف (۲۰۰۴) برای دو خرده مقیاس خودانتقادی مقیاس های و درونی شده به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ بود. همچنین همبستگی دو خرده مقیاس فوق با ارزش خود به ترتیب ۰/۶۶- و ۰/۵۲- و با خرده مقیاس نوروژگرای 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 مقیاس های ۰/۵۵ بدست آمد. همچنین رابطه بین مؤلفه های مقیاس خودانتقادی با خرده مقیاس های پرسشنامه مشکلات بین شخصی، مثبت و معنی دار بود. در پژوهش شریعتی، حمید، هاشمی، بشلیده و مرعشی (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس سطوح خودانتقادی به ترتیب برای خرده مقیاس خودانتقادی مقیاس های ۰/۸۸ و خودانتقادی درونی ۰/۸۹ بدست آمد.

مقیاس تأثیر خستگی<sup>۱</sup> (FIS): مقیاس تأثیر خستگی FIS اولین بار توسط فیسک<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) جهت ارزیابی تأثیر خستگی بر فعالیت های روزمره زندگی معرفی گردید. کاربرد این مقیاس علاوه بر مولتیپل اسکلروزیس در ارزیابی خستگی در بیماری های مختلفی هم چون سکتة مغزی، پولیومیلیت، سندرم خستگی مزمن، لوپوس و

3 . Doble  
4 . Silcox

1 . fatigue Impact scale  
2 . Fisk

۰/۸۲ و کل ۰/۸۸ به دست آمد. بعد از هماهنگی با پزشکان نورولوژیست شهر اراک و با رعایت ملاحظات اخلاقی شامل (۱). پژوهشگر خود را معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، ۲. جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، عقاید، فرهنگ، مذهب و ... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد، ۴. بر آزاد بودن واحد 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 به دست آمده 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، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. از بین افراد نمونه تحقیق ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود و خروج را داشته باشند و از نظر جسمانی توانایی شرکت در جلسات آموزشی را داشتند به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و درمان خوددلسوزی شناختی) و یک 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

بازده کلینیکی در نتیجه تأثیر مداخلات درمانی که برای کاهش اثر خستگی طراحی شده مفید می‌باشد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). 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 ۰/۸۵ - ۰/۶۸ نشان دهنده‌ی پایایی خوب و نیز روایی همگرایی خوب با مقیاس با ضریب کرونباخ آلفا ۰/۹۵ شدت خستگی (FSS) می‌باشد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران حیدری و همکاران (۲۰۱۴) به بررسی روایی صوری ترجمه فارسی و تطبیق فرهنگی این پرسش‌نامه پرداختند و به این نتیجه رسیدند که نسخه فارسی این مقیاس می‌تواند به عنوان ابزاری مناسب در ارزیابی تأثیر خستگی بر فعالیت‌های روزمره زندگی و نیز برای سنجش میزان تأثیر مداخلات درمانی و توانبخشی بر خستگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گیرد. نتایج آماری شاخص روایی محتوایی کل مقیاس ۰/۸۵ و ضریب پایایی بین آزمونگر در هر یک از زیر گروه‌های جسمی، شناختی، اجتماعی و امتیاز کلی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۹۵ و ۰/۹۸ و در پایایی آزمون بازآزمون ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۹۲، ۰/۹۳ بوده است. همسانی درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۳ گزارش شد (حیدری و همکاران، ۲۰۱۴). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خستگی جسمی ۰/۸۸، شناختی ۰/۷۸، اجتماعی



شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی گذرانده باشند انجام شد. در طی این جلسات و بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. در نهایت شرکت‌کنندگان پس از ۲ ماه مجدد به سؤالات پرسشنامه خوداندقادی و تأثیر خستگی پاسخ دادند. همچنین برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ۶ جلسه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و درمان خوددلسوزی شناختی به گروه گواه آموزش داده شد.

نمایند و تا حد امکان سوالی را بدون جواب نگذارند. سپس هر یک از این دو گروه آزمایشی تحت درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر خستگی و درمان خوددلسوزی شناختی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نخواهد کرد. مدت جلسات درمانی شامل ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای در سال ۱۴۰۰ در شهر اراک و به صورت آنلاین توسط دو نفر از دانشجویان دکترای روانشناسی سلامت که دوره لازم را در خصوص درمان

**جدول ۱.** ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی بارگاس و چالدر<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) و سلیمانی و تاج‌الدینی (۲۰۱۶) برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، طرح شکایت‌های اصلی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، معرفی اجمالی نوع درمان، تعیین رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و تشخیص آماج‌ها و توافق بر سر تکالیف خانگی، ثبت رویدادهای زندگی بر اساس مدل ABC.
دوم	صورت‌بندی مشکلات کلی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در قالب مدل شناختی- رفتاری، ادغام مثلث شناختی در استراتژی‌های درمانی، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال سازی رفتاری.
سوم	ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی.
چهارم	بازشناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پائین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی بیماران
پنجم	توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیر بنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
ششم	استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری در مورد جرأت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارت‌های اجتماعی به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس.
هفتم	شناسایی بیشتر باورهای غیر شرطی و باورهای هسته‌ای، ضعیف سازی باورهای غیر شرطی از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه‌بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس ۰-۱۰۰درجه.
هشتم	ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، توسعه مهارت‌های حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، درجه بندی افکار جایگزین.
نهم	آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، در این جلسه به بیماران آموزش سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و مهارت‌های گوش کردن فعال داده شد سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند.
دهم	بررسی اهداف تحقق یافته بحث در مورد هر مانع بالقوه ای که پیشرفت کار فرد را سخت‌تر می‌کند، به‌عنوان مثال نگرانی‌های مالی، مسائل کاری، مشکلات ارتباطی و غیره بحث در مورد تکنیکها، به‌عنوان مثال تکنیک حل مسئله. شرح دستور کار ادامه بحث و گفتگو به منظور افزایش یا تغییر فعالیت به منظور رسیدن به اهداف بحث در مورد مدل و بحث در مورد آنچه آموخته شده است برنامه‌ریزی برای آینده.

جدول ۲. ساختار جلسات خود دلسوزی شناختی گیلبرت (۲۰۱۴)

جلسه	محتوای آموزش
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه با بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار ۱۵ که با استفاده از تمرین وارسی بدنی (آگاهی جز به جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و آرایه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	آموزش افزایش ثبات ذهنی، کار بستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه می‌کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می‌کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می‌کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟ نقل قول‌ها: سانتی دوا می‌گوید: شخصی که ذهن پریشانی دارد احساسات رنج‌آورش 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. مرور تمرین جلسه قبل، کشت بینش در تجربه‌ی طبیعی ذهن، تکالیف و فعالیت‌ها: استراحت ذهنی در حالت طبیعی خود؛ مشاهده ناشی از عبور افکار؛ ایجاد نگرش تعلیق قضاوت و پذیرش.
جلسه سوم	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.
جلسه چهارم	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله‌ای برای مراقبه <sup>۱</sup> محسوب می‌شود، (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین ذهن آگاهی)
جلسه پنجم	کاشت متانت و نوع‌دوستی در مقابل عدم قضاوت تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، در طول سه هفته گذشته ما به‌سوی شالوده شفقت و نوع‌دوستی هدایت می‌شویم. این شالوده با عبور از یک سری مراحل ساخته شده است که عبارت‌اند از: بازی من مراقبت کردم / من مراقبت نکردم، داستان گیسا گوتامی، تحمل پریشانی (رنج)، آموزش مهارت‌های دیداری در جلسه ششم با استفاده از یاد یار VISION و مفاهیم پایه‌ای پذیرش واقعیت.
جلسه ششم	درک و قدردانی از دیگران 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.
جلسه هفتم	پرورش محبت و همدلی تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، محبت یا مهربانی - یک احساس عمیق از احترام و شفقت نسبت به دیگران که قطعاً برای پرورش یک شفقت حقیقی ضروری است.
جلسه هشتم	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، سنت لویونگ بین عشق و مهربانی تمایز قائل می‌شود.
جلسه نهم	درک عشق و شفقت کاربردی تکالیف و فعالیت‌ها: مرور تکالیف خانگی، هفته پایانی تمام تمرینات ذهن آگاهی، 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.
جلسه دهم	در این جلسات از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با آرایه مراقبه‌های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس از هر دو گروه به عمل آمد.

## یافته‌ها

نتایج حاصل از یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۲۶/۷ درصد از درمان‌شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی در گستره سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۳/۳ درصد ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۶/۷ درصد ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۳/۳ درصد نیز در گستره سنی ۳۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. در گروه آزمایشی خوددلسوزی شناختی ۳۳/۳ درصد در گستره سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۳/۳ درصد در ۲۵ تا ۳۰ سال، ۲۰ درصد 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 شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی ۲۶/۳۲ و انحراف معیار آن ۲/۲۴، میانگین سنی گروه درمان خوددلسوزی 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 درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی ۳/۴۴ و انحراف معیار آن ۱/۳۶، میانگین گروه درمان خوددلسوزی 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 آزمون خی دو نشان داد که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی سن و مدت بیماری تفاوت وجود ندارد بنابراین با توجه به عدم معنی‌داری یافته‌های جمعیت‌شناختی استفاده از کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر بلا مانع است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، از آزمون‌های شاپیروویلک، نمودار پراکندگی<sup>۱</sup> (اسکاتر)، باکس ویسکر (جعبه‌ای)<sup>۲</sup> و آزمون‌های لوین<sup>۳</sup> و تصحیحات باکس مفروضه کرویت موچلی<sup>۴</sup> و آزمون کرویت بارتلست استفاده شد. نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر خستگی و خودانتقادی 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 کمکی (کواریت‌ها)<sup>۵</sup> و پس‌آزمون آن‌ها از مفروضه هم خطی چندگانه اجتناب شده است، نمودار باکس ویسکر<sup>۶</sup> که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد بنابراین مفروضه داده‌های پرت به درستی رعایت شد، نتایج آزمون‌های لوین<sup>۷</sup> (در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تصحیحات باکس برای متغیر خستگی ( $P \leq 0.023$ )،  $F = 174/327$  و  $BOX = 63/358$  و خودانتقادی ( $P \leq 0.185$ )،  $F = 1/192$  و  $BOX = 63/358$

1. scatter plot
2. stem & leaf
3. Leven's test of equality variances
4. Mauchly's test of Sphericity
5. covariate
6. Box Whisker
7. Leven's test of equality variances

اجتناب هیجانی روابط متوسط و معناداری وجود دارد و می توان این ابعاد را در یک مدل چندمتغیره وارد تحلیل کرد. مفروضه کروییت موجهی تنها در مؤلفه های خستگی و خودانتقادی محقق نشده است. بر این اساس از اصلاح اسپیلن هیون-فلدت<sup>۱</sup> برای این زیرمقیاس استفاده شد.

معنی دار نبوده است، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است. نتایج حاصل از اثر تعاملی لامبدای ویلکز نشان داد که مفروضه همگنی شیب های رگرسیونی برای متغیرهای خستگی و خودانتقادی برقرار است. مفروضه کروییت در متغیرهای خستگی و خودانتقادی معنی دار می باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون چندمتغیره بررسی تفاوت های بین گروهی در مؤلفه های خستگی و خودانتقادی

متغیر	موقعیت	آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	P	Partial $\eta^2$
خستگی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۳۳۰	۹/۸۷۶	۶	۸۰	$P \leq 0/001$	۰/۴۲۶
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۱۹	۳۱۶/۶۵۵	۶	۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۹۸۱
	تعامل (زمان × گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۰۹۸	۱۳/۵۰۸	۱۲	۷۴	$P \leq 0/001$	۰/۶۸۷
خودانتقادی	بین آزمودنی (گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۲۵۲	۲۰/۳۱۰	۴	۸۲	$P \leq 0/001$	۰/۴۹۸
	درون آزمودنی (زمان)	لمبدای ویلکز	۰/۰۳۴	۲۷۸/۸۸۴	۴	۳۹	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۶
	تعامل (زمان × گروه)	لمبدای ویلکز	۰/۰۹۴	۲۲/۱۲۱	۸	۷۸	$P \leq 0/001$	۰/۶۹۴

است. همچنین نتایج جدول فوق نشان می دهد که ترکیب خطی ابعاد سه گانه آزمون خودانتقادی بر حسب آزمون، عضویت گروهی و اثر تعاملی معنادار است و بین گروه ها و مراحل آزمون تفاوت وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد به تفاوت ها به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۹۶ و ۰/۶۹ است. توان آزمون نیز در سطح بالایی قرار دارد. بدین معنی که حجم نمونه و آزمون به کار رفته برای ایجاد تفاوت ها کفایت می کنند.

همان طور که در جدول مشاهده می شود تأثیر

مندرجات جدول ۳ نشان می دهد که بین گروه ها (آزمایشی و گواه) و تعامل (گروه × زمان) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس های خستگی (خستگی شناختی، خستگی جسمانی، خستگی اجتماعی) و خودانتقادی (خودانتقادی مقایسه ای و خود انتقادی درونی) تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). همچنین بین زمان های سنجش (پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر منابع تغییر در ایجاد به تفاوت ها به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۹۸ و ۰/۶۸ بدین معنی که میان ابعاد نارسایی شناختی و

1 . Huynh-Feldt

گروه بر نمره کل خستگی ( $P < 0/001$ )  $= 33/147$  و نمره کل خودانتقادی ( $P < 0/002$ )  $F(2, 42)$  و نمره کل خودانتقادی ( $P < 0/002$ )  $F(2, 42)$  ۴۱/۶۱۴ معنی دار می‌باشد. بنابراین می‌توان بیان کرد که بین میانگین نمرات ابعاد خستگی و مؤلفه‌های آن در سه گروه‌های آزمایشی و گروه گواه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. تأثیر زمان به وسیله آزمون هیون-فلدت و با اصلاح درجات آزادی نمره نمره کل خستگی ( $P < 0/005$ )  $F(1, 134)$  و نمره کل خودانتقادی ( $P < 0/001$ )  $F(1, 134)$  و نمره کل خودانتقادی ( $P < 0/001$ )  $F(1, 134)$  معنی دار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مختلط در متن مانکوایی تکراری بر روی مؤلفه‌های خستگی و خودانتقادی

متغیرها	منع تغییرات	SS	df	MS	F	P	Partial $\eta^2$	توان آزمون
خستگی	آزمون	۴۴۲/۷۲۶	۱/۴۴۵	۳۰۶/۴۲۴	۴۰۸/۵۷۰	$P \leq 0/001$	۰/۹۰۷	۱
شناختی	عضویت گروهی	۱۹۱/۳۹۳	۲	۹۵/۶۹۶	۳۰/۸۳۳	$P \leq 0/001$	۰/۵۹۵	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۷۸/۴۳۰	۲/۸۹۰	۲۷/۱۴۲	۳۶/۱۸۹	$P \leq 0/001$	۰/۶۳۳	۱
خستگی	آزمون	۴۵۵/۹۲۶	۱/۶۶۸	۲۷۳/۳۹۷	۳۶۱/۷۵۵	$P \leq 0/001$	۰/۸۹۶	۱
جسمانی	عضویت گروهی	۱۲۲/۴۱۵	۲	۶۱/۲۰۷	۱۲/۶۳۵	$P \leq 0/001$	۰/۳۷۶	۰/۹۹۴
	آزمون × عضویت گروهی	۵۵/۱۴۱	۳/۳۳۵	۱۶/۵۳۳	۲۱/۸۷۶	$P \leq 0/001$	۰/۵۱۰	۱
خستگی	آزمون	۴۱۳/۷۰۴	۱/۶۹۱	۲۴۴/۶۸۰	۵۱۱/۷۱۵	$P \leq 0/001$	۰/۹۲۴	۱
اجتماعی	عضویت گروهی	۸۱/۱۲۶	۲	۴۰/۵۶۳	۶/۹۷۳	$P \leq 0/002$	۰/۲۴۹	۰/۹۰۷
	آزمون × عضویت گروهی	۳۳/۰۰۷	۳/۳۸۲	۹/۷۶۱	۲۰/۴۱۴	$P \leq 0/001$	۰/۴۹۳	۱
نمره کل	آزمون	۳۹۳۴/۵۰۴	۱/۹۰۸	۲۰۶۲/۱۵۷	۱۱۷۰/۶۸۸	$P \leq 0/001$	۰/۹۶۵	۱
خستگی	عضویت گروهی	۱۱۲۶/۸۵۹	۲	۵۶۳/۴۳۰	۳۳/۱۴۷	$P \leq 0/001$	۰/۶۱۲	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۷۴/۳۴۱	۳/۸۱۶	۱۲۴/۳۰۶	۷۰/۵۶۹	$P \leq 0/001$	۰/۷۷۱	۱
خودانتقادی	آزمون	۴۲۶/۲۳۷	۱/۶۵۶	۲۵۷/۳۶۵	۴۷۸/۳۷۸	$P \leq 0/001$	۰/۹۱۹	۱
مقایسه‌ای	عضویت گروهی	۱۷۴/۹۴۸	۲	۸۷/۴۷۴	۴۵/۸۹۸	$P \leq 0/001$	۰/۶۸۶	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۶۹/۶۷۴	۳/۳۱۲	۲۱/۰۳۵	۳۹/۰۹۹	$P \leq 0/001$	۰/۶۵۱	۱
خودانتقادی	آزمون	۵۵۹/۲۴۴	۱/۶۷۵	۳۳۳/۸۲۹	۴۴۶/۷۳۴	$P \leq 0/001$	۰/۹۱۴	۱
درونی	عضویت گروهی	۱۴۴/۵۷۸	۲	۷۲/۲۸۹	۱۶/۵۲۹	$P \leq 0/001$	۰/۴۴۰	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۲۲/۸۴۴	۳/۳۵۰	۳۶/۶۶۵	۴۹/۰۶۵	$P \leq 0/001$	۰/۷۰۰	۱
خودانتقادی	آزمون	۱۹۶۱/۶۵۹	۱/۵۳۲	۱/۵۳۲	۱۲۸۰/۷۳۷	$P \leq 0/001$	۰/۹۵۵	۱
کل	عضویت گروهی	۶۰۶/۹۹۳	۲	۳۰۳/۴۹۶	۴۱/۶۱۴	$P \leq 0/001$	۰/۶۶۵	۱
	آزمون × عضویت گروهی	۳۵۸/۶۵۲	۳/۰۶۳	۱۱۷/۰۷۹	۸۰/۹۶۷	$P \leq 0/001$	۰/۷۹۴	۱

خودانتقادی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج سطح تصحیح بونفرونی در مقایسه بین گروهی بر حسب زمان نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله)، پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) و پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) در نمرات خستگی و خودانتقادی و مؤلفه‌های آن بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ).

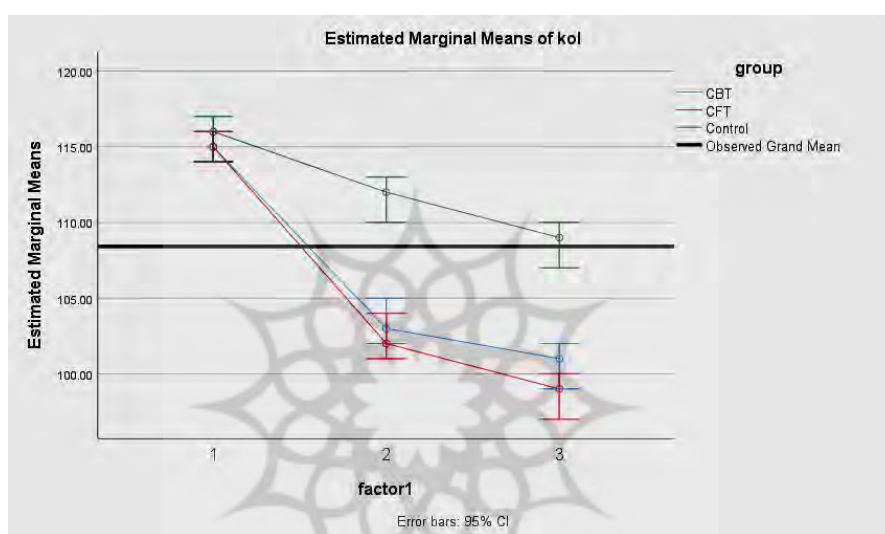
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت‌های بین گروهی در مؤلفه‌های خستگی و خودانتقادی معنادار است ( $P \leq 0/001$ ). به عبارت دیگر بین گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی در نمرات خستگی و خودانتقادی با گروه گواه تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی در مؤلفه‌های خستگی و

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مؤلفه‌های خستگی و خودانتقادی بر حسب گروه

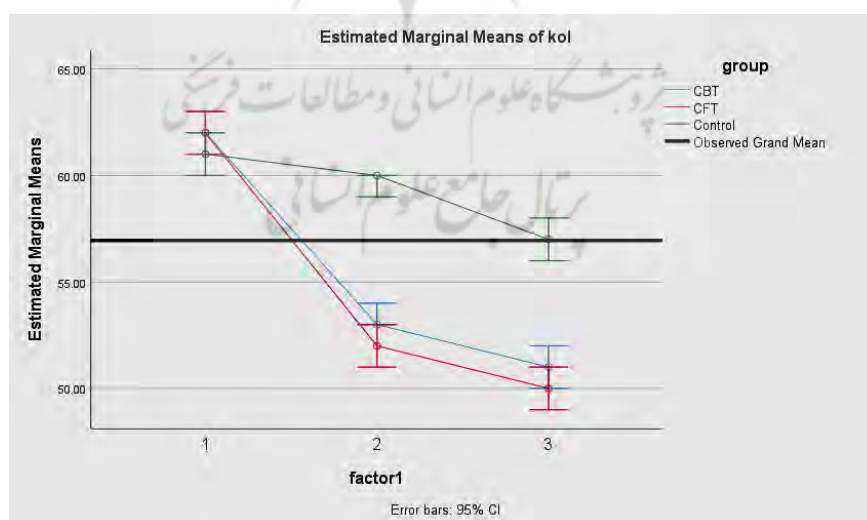
موقعیت	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین	SD	P
خستگی	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۱۵۶	۰/۳۷۱	۱
شناختی	شناختی - رفتاری	گواه	-۲/۴۴۴	۰/۳۷۱	<۰/۰۰۱
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۲/۶۰	۰/۳۷۱	<۰/۰۰۱
خستگی	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۷۵۵	۰/۴۶۴	۰/۳۳۳
جسمانی	شناختی - رفتاری	گواه	-۱/۵۳۳	۰/۴۶۴	<۰/۰۰۶
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۲/۲۸۸	۰/۴۶۴	<۰/۰۰۱
خستگی	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۰۰۱	۰/۵۰۸	۱
اجتماعی	شناختی - رفتاری	گواه	-۱/۶۴۴	۰/۵۰۸	<۰/۰۰۱
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۱/۶۴۴	۰/۵۰۸	<۰/۰۰۷
نمره کل	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۹۱۱	۰/۸۶۹	۰/۹۰۲
خستگی	شناختی - رفتاری	گواه	-۵/۶۲۲	۰/۸۶۹	<۰/۰۰۱
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۶/۵۳۳	۰/۸۶۹	<۰/۰۰۱
خودانتقادی	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	-۰/۱۵۶	۰/۲۹۱	۱
مقایسه‌ای	شناختی - رفتاری	گواه	-۲/۴۸۹	۰/۲۹۱	<۰/۰۰۱
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۲/۳۳۳	۰/۲۹۱	<۰/۰۰۱
خودانتقادی	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۹۵۶	۰/۴۴۱	۰/۱۰۸
درونی	شناختی - رفتاری	گواه	-۱/۵۵۶	۰/۴۴۱	<۰/۰۰۳
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۲/۵۱۱	۰/۴۴۱	<۰/۰۰۱
نمره کل	شناختی - رفتاری	خوددلسوزی شناختی	۰/۸۰۰	۰/۵۶۹	۰/۵۰۲
خودانتقادی	شناختی - رفتاری	گواه	-۴/۰۴۴	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱
خوددلسوزی شناختی	خوددلسوزی شناختی	گواه	-۴/۸۴۴	۰/۵۶۹	<۰/۰۰۱

بعد از دو ماه (آزمون پیگیری) میانگین نمرات خستگی و خودانتقادی در گروه‌های درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی تقریباً کاهش درخور توجهی نداشت و میانگین نمرات خستگی و خودانتقادی در گروه گواه نیز تقریباً ثابت بود.

با توجه به نمودار ۱ در پیش‌آزمون میانگین نمرات خستگی و خودانتقادی در گروه‌های درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی و گروه گواه تقریباً نزدیک به هم بود. در پس‌آزمون میانگین نمرات خستگی و خودانتقادی گروه‌های درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی کاهش یافت؛ ولی در گروه گواه تقریباً تغییری نداشت.



خستگی



خودانتقادی

نمودار ۱. مقایسه نمرات خستگی و خودانتقادی بر حسب زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه

## نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی و رفتاری مبتنی بر خستگی و درمان خوددلسوزی شناختی بر ابعاد خستگی و خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی بر روی مؤلفه‌های خستگی مؤثر است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال ویبرگ و همکاران (۲۰۱۵) و اهده و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی بر کاهش خستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی بیماران مولتیپل اسکلروزیس اثربخش است، همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت زمانی که این افراد تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس خود را دریافت کرده‌اند، به خاطر ماهیت و فرایند بیماری تا شروع درمان سعی کرده‌اند به خاطر مسائل بدنی خود را از جامعه کنار بکشند و نتوانسته‌اند به خاطر بیماری فعالیت‌هایی که توان انجام آن را دارند انجام دهند از این رو چون این بیماری یک ماهیت عود کنند - فروکش کننده دارد. در زمان‌هایی که بیماری عود می‌کند سطح خستگی شناختی افراد به خاطر افکار خودآیند منفی افزایش پیدا می‌کند از سوی دیگر چون این بیماری همواره با مشکلاتی از قبیل (خستگی، مشکلات بینایی، بی‌حسی و گزگز، اسپاسم عضلانی، سفتی و ضعف، مشکلات تحرک، درد، مشکلات تفکر، یادگیری و برنامه‌ریزی، افسردگی و اضطراب) بروز پیدا می‌کند خستگی بدنی جزء

علائم جسمانی بیماری است لذا احساس خستگی بدنی در کنار افکار مرتبط با بیماری و نشخوارهای فکری در خصوص ناتوانی و محدودیت ناشی از بیماری زمینه را برای کناره‌گیری از فعالیت‌های اجتماعی و خستگی اجتماعی فراهم می‌کند لذا با آموزش مهارت‌های شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی با سازگاری شخصی خوب در جهت کاهش و تعدیل خستگی ارتباط دارد و موجب حفظ کنترل درونی می‌شود. که این به نوبه خود بر مسائل زندگی و پذیرش مسئولیت رفتارها و تلاش در جهت حل مسائل مختلف کمک می‌کند. در واقع باعث می‌شود تا بیماران مولتیپل اسکلروزیس از روش‌های ارتباطی استفاده کند که او را قادر می‌سازد حرمت نفس خود را حفظ کند، خشنودی و ارضای خواسته‌های خود را دنبال کند و از حقوق و حریم شخصی خود بدون سوءاستفاده از دیگران و یا سلطه‌جویی بر آنان، دفاع کند (ویبرگ و همکاران، ۲۰۱۵).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش خوددلسوزی شناختی بر روی مؤلفه‌های خستگی مؤثر است این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال کوسلی و همکاران (۲۰۱۷) و وان دم و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر اینکه مداخلات نسل سوم شناختی - رفتاری بر ابعاد خستگی مؤثر هستند همخوانی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، یکی از مهمترین اصل‌هایی که در خوددلسوزی شناختی به بیماران آموزش داده می‌شود پذیرش رنج است از آنجای که رنج دارای ابعاد و سطوحی شامل (رنج جسمانی، رنج روانشناختی،



می‌شوند پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق و کاهش خستگی بیمار کمک می‌کنند.

نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)، پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان) در نمرات مؤلفه‌های خستگی تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به عبارت دیگر نمرات خستگی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایشی (درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی) در پس‌آزمون و پیگیری یک روند خطی کاهشی را داشته‌اند. همچنین نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که بین نمرات بین‌گروهی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات بین‌گروهی خستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی تفاوت وجود ندارد.

این فرضیه را می‌توان اینگونه تبیین کرد زمانی که افراد به مدت طولانی بر اساس باورهای غیرمنطقی خود عمل می‌کنند، این باورها نسبتاً پایدار شده و به ویژه در موقعیت‌های فشارزا، به صورت اتوماتیک عمل می‌کنند و اجازه نمی‌دهند که فرد طبق باورهای منطقی (که در فرآیند آموزش روان‌درمانی فرا گرفته) را جایگزین باورهای غیرمنطقی کند. بنابراین برای اثربخشی

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 مولتیپل اسکلروزیس این فرصت را می‌دهد تا مراحل بهبود بهتری راسپری کنند و پیامد مهم این درمان اثربخشی برای اعضای گروه آزمایشی است که تحت درمان بوده‌اند 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 خود دارند. بنابراین تجربه درد پایین و ”هشیاری که از توجه کردن، عمدی، لحظه به لحظه و بدون پیش‌داوری ایجاد می‌شود“ می‌توان زمینه را برای کاهش خستگی در ابعاد شناختی، جسمانی و اجتماعی فراهم کند (براون و همکاران، ۲۰۱۹).

در مجموع می‌توان گفت که هدف درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی، افزایش رفتارها و هیجان‌های است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار

مداخلات گروهی چند عامل باید مورد توجه قرار گیرد زمان جلسات، مدت بیماری، شدت بیماری، نگرش نسبت به بیماری، طول جلسات، شخصیت درمانگر و اصول و تکنیک‌های درمانی و اعتقاد بیمار به فرایند درمان از آنجا که در خوددلسوزی شناختی بر پذیرش رنج و تغییر ناشی از این پذیرش با توجه به مهارت‌های ذهن آگاهی تأکید می‌شود برای مشخص شدن تفاوت مداخلات نیازمند به جلسات طولانی مدت یا به عبارت دیگر روان‌درمانی بین ۱۴ تا ۲۰ جلسه هستیم که نیاز به تمرین، ممارست و گذشت زمان طولانی است؛ همچنین با تأکید درمان شناختی رفتاری بر روی مهارت‌های به چالش کشیدن افکار، باورهای بنیادین، میانجی و افکار خودآیند سعی در اصلاح تحریف‌های شناختی دارد تا این باورها جایگزین سبک‌های اسنادی بدبینانه، کلی و پایدار در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شود. و از سوی دیگر بر آرمیدگی، تمرکز بر یک مسئله در یک برهه زمان، ادراک توانمندی و حل مسئله دارد می‌توان انتظار داشت برای اثربخشی هر کدام از این آموزش‌ها نیازمند زمان بیشتری هستیم تا به ثبات و اثربخشی یک مداخله در مقایسه با مداخله دیگر پی ببریم.

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی بر روی مؤلفه‌های خودانتقادی مؤثر است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال ویبرگ و همکاران (۲۰۱۵) و اهده و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اینکه درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نشخوار فکری مؤثر است

همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، روش‌های شناختی - رفتاری اصولاً به سه دلیل روش‌های مؤثری می‌باشند. نخست آن که، درمان‌های شناختی - رفتاری، درمان‌های چند محوری می‌باشند که اجزای آن همگی از روش‌هایی تشکیل شده‌اند که در کاهش خودانتقادی بر اساس نظریه بازداری متقابل مؤثرند. دوم آن که، زیر بنای روش‌های رفتاری (مانند جرأت‌آموزی و حساسیت‌زدایی تدریجی) نوعی روش رویارویی است که ممکن است در ابتدا و در چند جلسه سطح خودانتقادی و نشخوارفکری را افزایش دهند، اما با گذشت زمان و به تدریج با تکرار، تمرین و آرامسازی عضلانی باعث کاهش خودانتقادی درونی خواهد شد. نتیجه نهایی که می‌توان از این داده‌ها گرفت این است که این روش‌ها و فنون فوق به یک جامعه و فرهنگ خاص اختصاص ندارند و می‌توان آن‌ها را با در نظر گرفتن زیر بناهای فرهنگی و منطبق نمودن با آن‌ها در جوامع مختلف بکار برد. شاید بتوان گفت که یکی از دلایل موثر بودن شیوه‌های گروهی آموزش‌های شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی، زیر بنای آموزشی آن‌ها است. چرا که در این شیوه‌ها هم بر جنبه‌های شناختی و هم بر ابعاد رفتاری تأکید می‌شود. در این رویکرد، ابتدا شناخت افراد نسبت به مساله تغییر داده می‌شود و سپس به آن‌ها آموزش‌های رفتاری مانند شیوه‌های افزایش عزت نفس و سازگاری اجتماعی، شیوه‌های حل مساله و ... داده می‌شود تا بتوانند همزمان رفتار و شناخت جدید را تجربه نمایند.

درونی‌اش کمک کند، به خصوص این نکته را بفهمد که تجارب کم و زیاد 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).

نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که بین نمرات درون گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون (اثر مداخله)، پس‌آزمون - پیگیری (ثبات مداخله) و پیش‌آزمون - پیگیری (اثر زمان) در نمرات مؤلفه‌های خودانتقادی تفاوت وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). به عبارت دیگر نمرات خودانتقادی گروه‌های آزمایشی (درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی) در پس‌آزمون و پیگیری یک روند خطی کاهشی را داشته‌اند. نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که بین نمرات بین‌گروهی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P \leq 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات بین‌گروهی خودانتقادی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی تفاوت وجود ندارد.

در خصوص عدم تفاوت درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی بر خودانتقادی بیماران مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت، پژوهش‌های متعدد در حوزه روانشناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار مانند تکنیک‌های درمانگری شناختی -

همچنین، برای اثر بخشی بیشتر آموزش‌ها به زمان بیشتری نیاز است. همچنین، کنترل عوامل اثرگذار مهم دیگری مانند، عزت نفس و شرایط اجتماعی قبلی آزمودنی‌ها، کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها، رویکردهای تربیتی خانواده، سطح تحصیلات، سبک زناشویی والدین، روابط اجتماعی متقابل آزمودنی‌ها با همسالان‌شان، الگوهای آموزشی و نظام اجتماعی، کنترل وضعیت هوشی آزمودنی‌ها و ... می‌توانند در اثر بخشی بیشتر آموزش‌های خانواده و مهارت‌های زندگی بر آزمودنی‌ها موثر باشند (اهده و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش خوددلسوزی شناختی بر روی مؤلفه‌های خودانتقادی مؤثر است این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال مونترو-مارین و همکاران (۲۰۱۹) و توماس و مقدم (۲۰۲۱) مبنی بر اینکه مداخلات نسل سوم شناختی - رفتاری بر خودانتقادی مؤثر هستند همخوانی دارد.

هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها همان گونه که به طور 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 (به خصوص عملکرد هیجانات) و نقش را که روابط نامناسب با تجارب درونی می‌تواند در تدوام ناراحتی و محدودیت زندگی‌شان داشته باشد، بفهمند. پایش خود می‌تواند به افزایش آگاهی مراجع از تجارب

رفتاری در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند (توماس و مقدم، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از طریق فنون شناختی - رفتاری، رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی با موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند شد. نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راهکارهای شناختی و رفتاری به کاررفته قابل تبیین است. با استفاده از راهبردهای شناختی سعی می‌شود که افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده نگرانی، اضطراب، خودانتقادی و نشخوار فکری افسرده ساز، شناسایی شوند، بیماران نسبت به نقش این افکار بینش یابد و با مشارکت سعی کند که افکار منطقی را جایگزین آنها کند و با کمک راهبردهای رفتاری از جمله تن آرامی می‌توان پریشانی و خودانتقادی را در آنها کاهش داد. در واقع یکی از دلایل این نتیجه به کاربرد روش‌های شناختی - رفتاری مبتنی بر خستگی همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در جلسات درمانی به بیماران آموزش داده شد و اثربخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر احساس تنهایی، خودانتقادی و افسردگی در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (اهده و همکاران، ۲۰۱۹).

این پژوهش صرفاً بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اراک انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید

جنب 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 به صورت خودگزارش‌دهی محدودیت‌هایی به همراه دارد. همچنین مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر اراک و روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (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 مولتیپل اسکلروزیس 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 کارگرفته شود، این یافته‌ها را می‌توان در حوزه‌های روانشناسی، مشاوره و آموزش به کار بست چرا که نتایج حاصل از کارآمدی مؤثر آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر خستگی و خوددلسوزی شناختی به صورت یک ترکیب آموزشی و حمایتی است.

#### سپاسگزاری

از همه افرادی که در به دست آوردن نتایج این پژوهش سهمیم بودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

## منابع

- رضایت‌مندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی سلامت*، ۸ (۲۹)، ۱۵۳-۱۶۷.
- موسوی، اشرف سادات و قربانی، نیما (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مطالعات روانشناختی*، ۲ (۳-۴)، ۷۵-۹۱.
- مؤمنی، خدامراد؛ بگیان کوله‌مرز، محمد جواد؛ محمدی، امید؛ بهرامی، پرویز و زارعی، فرشته (۱۳۹۴). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، مولتیپل اسکلروزیس و عادی. *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۹ (۶)، ۳۴۳-۳۵۲.
- گل‌پور، رضا؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول و نریمانی، محمد (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش خود-دلسوزی شناختی و درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی. *روانشناسی بالینی*، ۶ (۱) پیاپی (۲۱)، ۵۳-۶۴.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بختی، مجتبی؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و کرمی، شجاع (۱۳۹۳). ارتباط پنج‌گانه شخصیت و آلکسی تایمیا با سلامت روان بیماران اسکلروز مولتیپل، *روانشناسی سلامت*، ۳ (۱۰)، ۶۴-۷۹.
- برقی ایرانی، زیبا؛ بگیان کوله‌مرز، محمدجواد و بختی، مجتبی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز بر تعدیل روانسازه‌های ناسازگار و کاهش عواطف منفی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال ریاضی. *روانشناسی معاصر*، ۱۱ (۱)، ۸۳-۱۰۰.
- شریعتی، مریم؛ حمید، نجمه؛ هاشمی، سیداسماعیل؛ بشلیده، کیومرث و مرعشی، سیدعلی (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر مهرورزی بر افسردگی و خودانتقادی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷ (۱)، ۴۳-۵۰.
- قدم‌پور، عزت‌اله؛ حیدریانی، لیلا و رادمهر، فرناز (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و
- Arewasikporn, A., Turner, A. P., Alschuler, K. N., Hughes, A. J., & Ehde, D. M. (2018). Cognitive and affective mechanisms of pain and fatigue in multiple sclerosis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(6), 544-552.
- 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.
- Briones-Buixassa, L., Milà, R., Aragonès, J. M., Bufill, E., Olaya, B., & Arrufat, F. X. (2015). Stress and multiple sclerosis: A systematic

- review considering potential moderating and mediating factors and methods of assessing stress. *Health Psychology Open*, 2, 1-16.
- 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), 19m 02470.
- Burgas M, Chalder, T. (2004). Cognitive behaviour therapy for CFS/ME. Manual for therapists. *PACE trial management group*, 2, 1-162.
- 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.
- Ehde, D. M., Alschuler, K. N., Day, M. A., Ciol, M. A., Kaylor, M. L., Altman, J. K., & Jensen, M. P. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavioral therapy for chronic pain in multiple sclerosis: a randomized controlled trial protocol. *Trials*, 20(1), 774. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3761-1>.
- 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.
- 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.
- 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>. 41, 139–154.
- Iancu, 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.
- 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.
- 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., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.
- Silcox L. (2002). Occupational therapy and multiple sclerosis. *Recherché*, 67-68.
- Skerrett, T. N., Moss-Morris, R. (2006). Fatigue and social impairment in multiple sclerosis: The Role of patient's cognitive and behavioral responses to their symptoms. *The Journal of Psychosomatic Research*, 61 (5), 587-93.
- 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.
- 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. *Journal of Neurology, Neurosurgery: Atlas multiple*, (112), 365-85.
- Williams-Cooke, C., LeSuer, L., Drerup, M., & Siengsukon, C. (2021). The Impact of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Sleep Log and Actigraphy Outcomes in People with Multiple Sclerosis: A Secondary Analysis. *Nature and science of sleep*, 13, 1865–1874.
- Wiborg, J. F., van Bussel, J., van Dijk, A., Bleijenberg, G., Knoop, H. (2015). Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy delivered in groups of patients with chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(6), 368-76.
- Wren, A., Somers, J., Melissa, A. W., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., & et al (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: Relationship of self-compassion to adjustment to persistent. *Journal of Pain Symptom Management*, 43, 759-770.

