

مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۸

خلاصه

مقدمه

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان آنها می‌شود. پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است. از جامعه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ به صورت در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به صورت گمارش تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفری جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خستگی مزمن (CFS) و پرسشنامه اضطراب سلامت (۲۰۰۲) بودند. از تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد که بین اثر طرح واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت تفاوت معنادار و پایداری وجود دارد ($p < 0/001$). آزمون تعقیبی نشان داد که میزان تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن بیشتر از طرحواره درمانی بود اما بر اضطراب سلامت، تاثیر طرحواره درمانی بیشتر بود.

نتیجه گیری

طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خستگی مزمن و اضطراب سلامت در میان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از معناداری و پایداری مناسبی برخوردار بوده است، بنابراین استفاده از آنها پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی

طرح واره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشانگان خستگی مزمن، اضطراب سلامت، مولتیپل اسکلروزیس

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

عباس نظری^۱

سارا ساعدی*^۲

منصور عبدی^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

* گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

Email: sa.saedi@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس اختلال نورولوژیک مزمن و پیشرونده‌ای می‌باشد که منجر به میلین زدایی غشای نورون‌های سیستم اعصاب مرکزی می‌شود. این اختلال، زود آغاز می‌باشد و در زنان شایع‌تر است. بیماری ام. اس گرچه قدرتاً کشنده می‌باشد، اما دارای سیری غیر قابل پیش بینی و سبب شناسی نامعلوم است (۱). مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری مزمن التهابی و خود ایمنی می‌باشد که التهاب، موجب از دست دادن تدریجی غلاف میلین سلول‌های عصبی در مغز، نخاع و عصب بینایی و متعاقباً از دست رفتن آکسون‌ها و نورون‌ها می‌شود. سپس، این آسیب‌ها در طول زمان باعث آتروفی اعصاب مذکور می‌شوند. آتروفی ایجاد شده در ابتدای بیماری، خفیف می‌باشد که در طول زمان پیشرفت کرده و در نهایت منجر به ناتوانی‌های متعدد در این بیماران می‌شود (۲). عوامل خطر ثابت شده برای بیماری مولتیپل اسکلروزیس شامل عرض جغرافیایی بالا، جنس مونث، استعمال سیگار، کمبود ویتامین D به علت کمبود مواجهه با نور آفتاب و یا کمبود دریافت غذایو چاقی نوجوانی هستند (۳). از نظر اپیدمیولوژی، حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر جهان درگیر بیماری مولتیپل اسکلروزیس هستند. وقوع این بیماری براساس مناطق جغرافیایی مختلف، متغیر است، به نحوی که شیوع آن ۲ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در ژاپن تا بیش از ۱۰۰ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در شمال اروپا و امریکا گزارش شده است. در مقابل در نواحی گرمسیری، شامل آسیا، آفریقای استوایی و خاورمیانه، شیوع بیماری ۱۰ تا ۲۰ برابر کمتر است (۴). در میان کشورهای خاورمیانه، ایران بیشترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده است. در سال ۲۰۱۳، بالاترین میزان شیوع در ایران برای شهرهای اصفهان و تهران با شیوع ۸۹ و ۸۸ نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر، برآورد شد که در مطالعات اخیر، این میزان رو به افزایش

عنوان شده و منجر به تحمیل هزینه‌های سنگین به سیستم بهداشت و درمان کشور می‌شود (۵). نشانه‌های بیماری متغیر است، به نحوی که دامنه آن از اختلالات فیزیکی بدن تا علائم بسیار شدیدتر از جمله اختلال شناختی، گسترده است. مطالعه جوز و همکاران نشان داد که ۴۰ تا ۶۵ درصد بیماران مولتیپل اسکلروزیس، به بیماری‌های عصبی روان‌شناختی دچار هستند و این اختلالات روان‌شناختی، ۴۳ تا ۷۰ درصد در گسترش ناتوانی‌های افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، موثر است (۶).

یکی از علائم ناتوان کننده مهم در این بیماری، خستگی می‌باشد که ۷۵ تا ۹۰ درصد بیماران مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. خستگی مزمن، مستقیماً روی کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و در نهایت مشکلات مختلفی برای بیماران، اعم از مشکلات اجتماعی و اقتصادی، ایجاد کرده و منجر به هزینه‌های هنگفت درمانی می‌شود. در برخی موارد نیز گزارش شده است که خستگی مزمن موجب از دست دادن اشتغال شده است. خستگی در تعریف به معنای از دست دادن انرژی فیزیکی و روانی تعریف می‌شود. خستگی اثرات مختلفی بر روی جوانب مختلف زندگی یک فرد دارد و موجب حادث شدن مشکلاتی نظیر اختلال در تماس با خانواده و اطرافیان، ادامه دادن اشتغال و مسئولیت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی فرد شود (۷). یکی دیگر از مولفه‌های روان‌شناختی و تحت تأثیر مولتیپل اسکلروزیس، اضطراب سلامت است. اضطراب سلامت، طیفی است که در یک سوی آن نگرانی‌های اندک درباره احساسات بدنی و در سمت دیگر آن، ترس شدید مرتبط با سلامت و اشتغال ذهنی با احساسات بدنی است. سطوح خفیف اضطراب سلامت در افرادی که تحت تأثیر بیماری‌های مزمن هستند، یا وضعیت سلامتی آن‌ها برای دوره‌ای نامشخص دچار مخاطره

شده است، بیشتر مشاهده می‌شود (۸). در یک مطالعه، هایتر^۱ و همکاران نشان دادند که اضطراب سلامتی ممکن است عاملی موثر در پیامدهای روانی - اجتماعی مولتیپل اسکلروزیس باشد. درمان روان‌شناختی ماهرانه که درک غلط و سواستفاده را تغییر می‌دهد، ممکن است به طور قابل توجهی برای بیماران مبتلا به ام اس با اضطراب سلامتی مفید باشد (۹). در حال حاضر پژوهشگران معتقدند که بهبود وضعیت روانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس، علاوه بر کاهش خطر عود این بیماری، موجب بهبود رضایت از زندگی در افراد می‌شود و آن‌ها را به سمت موفقیت بیشتر، سطح سلامتی بالاتر، ارتباط اجتماعی موفق تر و سلامت جسمی و روانی بالاتر سوق می‌دهد (۱۰).

تا کنون مطالعات مختلفی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر حوزه‌های روان‌شناختی مورد بحث در جمعیت‌های مختلف انجام شده است. در یک مطالعه، زمانی و همکاران نشان دادند که طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت در زنان مبتلا به افسردگی می‌شود (۱۱). همچنین مطالعه‌ای دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل معناداری اضطراب سلامت را کاهش می‌دهد (۱۲). در این میان، مطالعه‌ای که اختصاصاً به بررسی این دو درمان روان‌شناختی بر حوزه‌های خستگی مزمن و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیردازد، انجام نشده است. با توجه به اهمیت مطالب فوق الذکر و با توجه به اینکه این بیماری، پیش‌بینی‌نشده و یکی از بیماری‌های تغییردهنده زندگی فرد است و فرد را به تدریج به سمت ناتوانی پیش می‌برد و با توجه به موارد مطرح شده و مفید نبودن مداخلات دارویی صرف برای مقابله با مشکلات روانی بیماران ام اس، نیاز به روش‌هایی در درمان احساس می‌شود که بتوانند در کنار درمان‌های دارویی، علائم بیشتری از بیماری (مانند

اضطراب و خستگی مزمن) را بهبود بخشند. در این راستا بررسی کارایی و مقایسه دو روش درمانی روان‌شناختی عمده یعنی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران مولتیپل اسکلروزیس در حوزه‌های روان‌شناختی ضرورتی دوچندان می‌یابد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت وجود دارد؟

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش اجرا از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی جمعیت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ می‌باشد که براساس هماهنگی‌های بعمل آمده با انجمن ام اس شهر اراک تعداد کلیه آنان ۱۲۰۰ نفره می‌باشد و نمونه آماری، با توجه به این که مطالعه حاضر نیمه آزمایشی است. ملاک‌های ورود: متاهل بودن - داشتن سابقه بیماری بیشتر از سه سال - تشخیص درجه خفیف ام اس - داشتن سواد خواندن و نوشتن - دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال. ملاک‌های خروج: داشتن سابقه خودکشی - داشتن سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی - همزمانی ابتلا به بیماری‌های مختلف - مصرف مواد - درگیری همزمان با بیماری دیگر - شرکت در جلسات آموزشی دیگر به غیر از طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

ابزار

پرسشنامه خستگی مزمن: پرسشنامه خستگی مزمن توسط چالدر در سال ۱۹۹۳ ساخته شد که هدف آن سنجش خستگی مزمن است. در این پرسشنامه، ۱۴ ماده وجود دارد که پنج ماده آن جهت گیری مثبت به نمایاندن احساسات کلی قوت و انرژی و به

^۱Hayter

عبارتی متضاد با خستگی (این ماده‌ها برعکس کد گذاری می- شود. پنج ماده دیگر برای ردگیری احساسات کلی خستگی و نداشتن انرژی طراحی شده‌اند). مقیاس چالدردر چندین بررسی مربوط به همه گیرشناسی و پیامد درمان در بیماران نشانگان خستگی مزمن به کار رفته است. ماده‌ها بر روی مقیاس لیکرتی ۳-۰ امتیازی با نقاط اصلاً، تاحدی، زیاد و همیشه نمره گذاری می‌شوند. روایی و پایایی این مقیاس توسط چالدردر و همکاران (۱۳) مورد بررسی قرار گرفته و با بهره گیری از فهرست علائم مصاحبه بالینی، حساسیت ۰/۷۵ و ویژگی ۰/۷۴ به دست آمده است. ضریب همسانی درونی برای پرسش های خستگی بدنی ۰/۸۵ و برای پرسش های خستگی ذهنی ۰/۸۲ بود. برای ارزیابی اعتبار این پرسش نامه، یک گروه از بیماران دارای علائم خستگی با یک گروه افراد سالم به کمک این مقیاس مقایسه شدند و نتایج بیانگر ارزشمند بودن این مقیاس برای اندازه گیری خستگی مزمن بود (۱۴). از نظر پایایی و روایی، در مطالعه حدادی و همکاران (۱۵)، این ابزار روایی و پایایی خوبی را از خود نشان داد. در بحث اعتبار محتوایی ترجمه فارسی این ابزار توسط ۲۰ نفر از اساتید مرتبط داخلی بررسی گردید و نشان دهنده اعتبار محتوایی خوبی است. ضرایب پایایی دو مرحله آزمون ۰/۹۵ به دست آمد. از طرفی ضریب همبستگی داخلی به دست آمده برای ۸ معیار CFS، همبستگی داخلی بالایی را

نشان داده است. در پژوهش حاضر، چون مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد، بنابراین می‌توان گفت که پرسشنامه از پایایی لازم برخوردار است. اضطراب سلامت (فرم کوتاه) پرسشنامه اضطراب سلامت (فرم کوتاه) توسط سالکوسکیس و وارویک (۱۶) طراحی شد. هدف آزمون، ارزیابی اضطراب مرتبط با سلامت بود. این پرسشنامه شامل ۱۸ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ است که در آن ۱ یعنی کاملاً مخالفم و ۵ یعنی کاملاً موافقم می‌باشد و نمره بالا در این پرسشنامه نشانه اضطراب سلامتی است. پایایی باز آزمایی این پرسشنامه توسط سازندگان آزمون ۰/۹۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۷). سالکوسکیس و وارویک (۱۶)، روایی پرسشنامه اضطراب سلامتی را ۰/۷۲ بدست آوردند. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط نرگسی و همکاران در سال ۱۳۹۱ به فارسی برگردانده شد و برای سنجش روایی آن از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز استفاده گردید که ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز برابر با ۰/۷۵- به دست آمد (۱۸). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۵ و برای ابعاد احتمال بیماری، پیامد بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۸ و ۰/۷۱ به دست آمد.

جدول ۱. طرح درمانی در گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

اهداف	ردیف
برقراری آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمانگر	جلسه اول
دریافت مرور تکلیف تحلیل عملکردی	جلسه دوم
تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترلگری و پی بردن به بهبودی آنها	جلسه سوم
تکلیف و تعهد رفتاری	جلسه چهارم
نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار،	جلسه پنجم
شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها	جلسه ششم
بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبل	جلسه هفتم
آموزش تعهد به عمل	جلسه هشتم

جدول ۲. طرح درمانی در گروه طرحواره درمانی

اهداف	ردیف
برقراری آشنایی اولیه با مراجعین و معرفی درمانگر	جلسه اول
معرفی طرحواره‌های ناسازگار	جلسه دوم
سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های طرحواره‌ای	جلسه سوم
آشنایی با طرحواره	جلسه چهارم
ایجاد انگیزه برای تغییر طرحواره،	جلسه پنجم
تعریف شواهد تعیین کننده طرحواره	جلسه ششم
گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره	جلسه هفتم
راهبرد های تجربی	جلسه هشتم
اثرات سبک‌های مقابله بر تداوم طرحواره ها	جلسه نهم

نتایج

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۴ سال بود و نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس نشانگر آن بود که، بین سن گروه‌ها در سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت کنندگان گروه طرح‌واره درمانی و گروه کنترل ۳۳ سال و میانگین سنی شرکت کنندگان

جدول ۳. تجزیه و تحلیل توصیفی متغیرها

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری یک‌ماهه
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه طرح‌واره درمانی	۳۷,۷۳	۵,۶۹	۳۲,۷۳
گروه درمان پذیرش و تعهد	۳۸,۶۰	۷,۴۵	۲۷,۷۳
گروه کنترل	۳۸,۲۰	۶,۵۶	۳۸,۰۰
گروه طرح‌واره درمانی	۲۰,۸۶	۵,۵۷	۱۲,۴۶
گروه درمان پذیرش و تعهد	۲۱,۰۶	۴,۳۳	۱۸,۱۳
گروه کنترل	۲۲,۸۰	۴,۹۵	۲۳,۰۶
گروه طرح‌واره درمانی	۱۳,۲۶	۳,۳۲	۹,۶۶
گروه درمان پذیرش و تعهد	۱۲,۴۰	۳,۱۹	۱۰,۲۰
گروه کنترل	۱۲,۶۶	۳,۷۹	۱۲,۸۰
گروه طرح‌واره درمانی	۲۴,۰۰	۴,۵۵	۱۷,۶۶
گروه درمان پذیرش و تعهد	۲۳,۵۳	۴,۶۲	۱۷,۲۶
گروه کنترل	۲۲,۱۳	۳,۶۲	۲۱,۸۶
گروه طرح‌واره درمانی	۵۸,۱۳	۹,۱۶	۳۹,۸۰
گروه درمان پذیرش و تعهد	۵۷,۰۰	۱۰,۲۶	۴۵,۶۰
گروه کنترل	۵۷,۶۰	۷,۱۳	۵۷,۷۳

احتمال بالای نرمال بودن توزیع (بیشتر از ۹۵ درصد) می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف نشان داد که با توجه به سطوح معناداری آزمون شاپیرو- ویلک (مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵) پیش فرض نرمال بودن برقرار است و لذا با توجه به

جدول ۴. خلاصه تحلیل کوواریانس یک طرفه برای اثرهای هردو مداخله بر نشانگان خستگی مزمن

متغیر	منع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
خستگی مزمن	اثر پیش‌آزمون	۱۶۱,۶۲۴	۱	۱۶۱,۶۲۴	۳,۳۵۷	۰,۰۷۴	۰,۰۷۶
	اثر درمان	۸۲۰,۷۴۸	۲	۴۱۰,۳۷۴	۸,۵۲۲	۰,۰۰۱	۰,۲۹۴
	خطا	۱۹۷۴,۲۴۳	۴۱	۴۸,۱۵۲			
	مجموع	۵۱۴۰۵,۰۰۰	۴۵				

آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

با توجه به این که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها برای متغیر نشانگان خستگی مزمن (F=۸/۵۲۲) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس-

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD فیشر

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
خستگی مزمن	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	۵,۴۳۹*	۲,۵۴۵	۰,۰۳۹
		گواه	-۵,۰۳۰	۲,۵۳۷	۰,۰۵۴
	درمان پذیرش تعهد	طرح‌واره درمانی	-۵,۴۳۹*	۲,۵۴۵	۰,۰۳۹
		گواه	-۱۰,۴۶۹*	۲,۵۳۶	۰,۰۰۰۱

درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن، تفاوت‌ها معنادار است و نتایج نشانگر آن است که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح واره درمانی، اثرات بیشتری بر کاهش نشانگان خستگی مزمن داشته است.

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که اجرای رویکرد طرح‌واره درمانی بر خستگی مزمن معنادار نبود است، ولی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات خستگی مزمن اثر معناداری داشته است. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثربخشی دو رویکرد درمانی طرح واره

جدول ۶. خلاصه تحلیل کوواریانس یک طرفه برای اثرهای هردو مداخله بر اضطراب سلامت

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	ضریب اتا
احتمال بیماری	اثر پیش‌آزمون	۱۶۲,۸۳۳	۱	۱۶۲,۸۳۳	۶,۸۳۲	۰,۰۱۳	۰,۱۴۹
	اثر درمان	۶۸۸,۳۵۲	۲	۳۴۴,۱۷۶	۱۴,۴۴۲	۰,۰۰۰۱	۰,۴۲۵
	خطا	۹۲۹,۴۵۹	۳۹	۲۳,۸۳۲			
	مجموع	۱۶۳۸۹,۰۰۰	۴۵				
پیامد بیماری	اثر پیش‌آزمون	۶۵,۰۱۰	۱	۶۵,۰۱۰	۶,۵۹۱	۰,۰۱۴	۰,۱۴۵
	اثر درمان	۷۰,۶۹۱	۲	۳۵,۳۴۶	۳,۵۸۴	۰,۰۳۷	۰,۱۵۵
	خطا	۳۸۴,۶۵۵	۳۹	۹,۸۶۳			
	مجموع	۵۹۰۴,۰۰۰	۴۵				
اشتغال ذهنی با بیماری	اثر پیش‌آزمون	۳۵۳,۶۴۷	۱	۳۵۳,۶۴۷	۱۱,۳۷۹	۰,۰۰۲	۰,۲۲۶
	اثر درمان	۳۰۵,۷۰۲	۲	۱۵۲,۸۵۱	۴,۹۱۸	۰,۰۱۲	۰,۲۰۱
	خطا	۱۲۱۲,۰۵۳	۳۹	۳۱,۰۷۸			
	مجموع	۱۸۰۴۲,۰۰۰	۴۵				

۰/۰۰۱ معنی‌دار است، پس می‌توان گفت که بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

با توجه به این که مقدار F محاسبه شده برای تأثیر گروه‌ها برای متغیرهای احتمال بیماری ($F=۱۴/۴۴۲$)، پیامد بیماری ($F=۳/۵۸۴$) و اشتغال ذهنی با بیماری ($F=۴/۹۱۸$) در سطح

جدول ۷. آزمون تعقیبی LSD فیشر

متغیر وابسته	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
احتمال بیماری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۵,۹۰۰*	۱,۸۰۴	۰,۰۰۲
		گواه	-۱۰,۰۲۶	۱,۸۸۱	۰,۰۰۱
	درمان پذیرش تعهد	طرح‌واره درمانی	۵,۹۰۰*	۱,۸۰۴	۰,۰۰۲
		گواه	-۴,۱۲۶*	۱,۸۳۹	۰,۰۳۱
پیامد بیماری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۰,۸۶۳	۱,۱۶۱	۰,۴۶۲
		گواه	-۳,۱۴۳*	۱,۲۱۰	۰,۰۱۳
	درمان پذیرش تعهد	طرح‌واره درمانی	۰,۸۶۳	۱,۱۶۱	۰,۴۶۲
		گواه	-۲,۲۸۰	۱,۱۸۳	۰,۰۶۱
اشتغال ذهنی با بیماری	طرح‌واره درمانی	درمان پذیرش تعهد	-۰,۶۸۴	۲,۰۶۰	۰,۷۴۲
		گواه	-۶,۱۵۰*	۲,۱۴۸	۰,۰۰۷
	درمان پذیرش تعهد	طرح‌واره درمانی	۰,۶۸۴	۲,۰۶۰	۰,۷۴۲
		گواه	-۵,۴۶۶*	۲,۱۰۰	۰,۰۱۳

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی LSD نشان داد که رویکرد طرح‌واره درمانی بر کاهش نمرات اضطراب سلامت در ابعاد احتمال بیماری، پیامد بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری اثر مثبت دارد، ولی اثر اجرای رویکرد پذیرش و تعهد فقط بر احتمال بیماری و اشتغال ذهنی با بیماری معنادار بوده است، ولی اجرای رویکرد پذیرش و تعهد بر پیامد بیماری معنادار نبود است. نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثر دو رویکرد درمانی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات بیشتری بر کاهش نمرات احتمال بیماری داشته است.

تعهد بر اضطراب سلامت در متغیر احتمال بیماری، تفاوت‌ها معنادار است، ولی در مقایسه میزان تاثیر دو رویکرد درمانی بر اشتغال ذهنی با بیماری، تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه در کاهش نمرات اشتغال ذهنی با بیماری موثر بوده‌اند. بنابراین، نتایج نشانگر آن است که رویکرد طرح‌واره درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات بیشتری بر کاهش نمرات احتمال بیماری داشته است.

جدول ۸. نتایج آزمون آماری t همبسته برای مقایسه تغییرات میانگین نمرات متغیرهای وابسته در افراد دو گروه آزمایش در مرحله پس -

آزمون با مرحله پیگیری یک ماهه

درمان	متغیر	مرحله	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	نسبت t	درجه آزادی	سطح معناداری
طرح‌واره درمانی	اضطراب سلامت	پس آزمون- یگیری	-۰,۴۰۰	۱,۴۰۴۰۸	۰,۳۶۲۵۳	-۱,۱۰۳	۱۴	۰,۲۸۸
درمان پذیرش- تعهد	خستگی مزمن	پس آزمون- یگیری	-۰,۶۶۶۶۷	۱,۴۴۷۴۹	۰,۳۷۳۷۴	-۱,۷۸۴	۱۴	۰,۰۹۶
تعهد	اضطراب سلامت	پس آزمون- یگیری	۰,۰۰۰	۲,۲۹۹۰۷	۰,۵۹۳۶۲	۰,۰۰۰	۱۴	۱,۰۰۰

نتایج نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین تغییرات میانگین نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت در میان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بعد از یک ماه در گروه درمان پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری مشاهده نمی‌شود و این نتایج تایید می‌کند که درمان پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت در میان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از پایداری مناسبی برخوردار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش نشان داد که نشان داد که اجرای رویکرد طرحواره درمانی بر خستگی مزمن معنادار نبود است، ولی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش نمرات خستگی مزمن اثر معناداری داشته است. همچنین، نتایج در مورد مقایسه اثر دو رویکرد درمانی نشان داد که بین اثربخشی دو رویکرد درمانی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن، تفاوت‌ها معنادار است و نتایج نشانگر آن است که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح‌واره درمانی، اثرات بیشتری بر کاهش نشانگان خستگی مزمن داشته است. این یافته با نتایج مطالعات (۱)، (۳)، (۵)، (۱۹)، (۲۰) و (۲۱) همخوانی دارد. این یافته همچنین با نتایج مطالعات (۴)، (۶)، (۱۰)، (۱۱)، (۱۲) همسو است. مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب سلامت و افسردگی زنان انجام دادند و نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بوده است. یافته‌ها نشان دادند که شاخص‌های اضطراب و افسردگی پس از مداخله درمانی به شیوه طرحواره درمانی در دوره پیگیری به طور معنی‌داری کاهش یافتند. در این پژوهش، پس از شناسایی خلأها و شکاف‌های موجود در زندگی بیماران، چگونگی برطرف کردن آن‌ها و ایجاد وحدت

و کلیت در زندگی فردی و اجتماعی، در سایه شناخت طرح‌واره‌ها، زیر سؤال بردن اعتبار طرح‌واره‌ها و الگوشکنی رفتاری صورت گرفت؛ از این رو، با توجه به آنچه گفته شد می‌توان انتظار اثربخشی این دو رویکرد درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، تحمل پریشانی هیجانی، عملکرد جنسی و سرمایه روانی داشته باشیم. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، محمدخانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود نشان دادند افرادی که طرح‌واره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهایی زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، تجلی تأیید دیگران، ارزش‌های والا تر و توافق تأکید می‌نماید، به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرست کنار می‌آیند و در نتیجه سلامت روانی بهتری نشان می‌دهند. در مقابل، افرادی که طرح‌واره‌های منفی مانند نشخوار ذهنی در آن‌ها نیرومند است، از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند که یک فرآیند شناختی ناسازگارانه‌ای است و موجب تشدید و تداوم خلق منفی و اختلال در فرآیند حل مسئله می‌شود. در نهایت می‌توان گفت که پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است، از جمله محدودیت‌هایی که می‌تواند این پژوهش در نظر گرفت، عبارت‌اند از: ۱- این پژوهش تنها روی ۴۵ نفر از جمعیت بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس استان مرکزی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است و لازم است در در تعمیم نتایج، احتیاط شود، همچنین، ۲- کم توجهی و همکاری نامناسب برخی از آزمودنی‌ها در اجرا و تکمیل پرسشنامه‌ها، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است و در نهایت، ۳- مقطعی بودن روش پژوهش، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر است. از سوی دیگر، با بیان این یافته که بین اثر طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت تفاوت معناداری

وجود دارد، پیشنهاد می‌شود در روند درمان بیماران مبتلا به ام. اس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمانی تکمیلی استفاده شود. در جهت کاهش نشانگان خستگی مزمن و اضطراب سلامت

Reference

1. Aalami, M., Taimory, S., Ahi, G., & Bayazi, M. H. Comparison Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and an Integrated Approach of Schema Therapy based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Reduction of Marital Conflicts in Divorce Applicant Couples. *Psychotherapy* 2020; (9): 58-71 .
2. Kashubeck-West S, Mintz LB, Weigold I. Separating the effects of gender and weight-loss desire on body satisfaction and disordered eating behavior. *Sex Roles*. 2005 Oct;53(7):505-18.
3. Bakht S, Najafi S. Body image and sexual dysfunctions: comparison between breast cancer patients and healthy women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1;5:1493-7.
4. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic books; 2005.
5. Berman LA, Berman JE, Miles M, Pollets DA, Powell JA. Genital self-image as a component of sexual health: Relationship between genital self-image, female sexual function, and quality of life measures. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003 Jan 1;29(sup1):11-21.
6. Bramwell R, Morland C. Genital appearance satisfaction in women: The development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009 Feb 1;27(1):15-27.
7. Braun V, Tiefer L. The 'designer vagina' and the pathologisation of female genital diversity: Interventions for change. *Radical psychology*. 2010;8(1):11-8.
8. Brennan MA, Lalonde CE, Bain JL. Body image perceptions: Do gender differences exist. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*. 2010 Sep 1;15(3):130-8.
9. Brotto LA, Seal BN, Rellini A. Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2012 Jan 1;38(1):1-27.
10. Baecher-Allan C, Kaskow BJ, Weiner HL. Multiple sclerosis: mechanisms and immunotherapy. *Neuron*. 2018 Feb 21;97(4):742-68.
11. Barghi Irani Z, Zare H, Abedin M. Effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on the psychological capital in patients with esophageal cancer. *quarterly journal of health psychology*. 2015 Jun 22;4(14):113-28.
12. Bidari F, Haji Alizadeh K. The effectiveness of schema therapy on cognitive strategies of emotion, anxiety tolerance and mood dysphoria in patients with borderline personality disorder. *Psychological Studies*, 2020; 15 (2): 165-180.
13. Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, Watts L, Wessely S, Wright D, Wallace EP. Development of a fatigue scale. *Journal of psychosomatic research*. 1993 Feb 1;37(2):147-53.
14. Micklewright D, St Clair Gibson A, Gladwell V, Al Salman A. Development and validity of the rating-of-fatigue scale. *Sports Medicine*. 2017 Nov;47(11):2375-93.
15. Haddadi M, Zakerian A, Mahmoodi M, Nasl seraji J, Parsa yekta Z, Ali yari A. Investigation of Chronic Fatigue Syndrome Questionnaire Validity and Reliability CFS (DSQ Revised). *sjsph*. 2014; 12 (1) :75-84
16. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002 Jul;32(5):843-53.
17. Rode S, Salkovskis P, Dowd H, Hanna M. Health anxiety levels in chronic pain clinic attenders. *Journal of psychosomatic research*. 2006 Feb 1;60(2):155-61.
18. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaei Sharif A. Validity and validity of the Persian version of the Health Anxiety Questionnaire in Students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly Journal of Educational Measurement*. 2018; 7 (27): 147-160.
19. Carrigan N, Dysch L, Salkovskis PM. The impact of health anxiety in multiple sclerosis: a replication and treatment case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2018 Mar;46(2):148-67.
20. Dunkley CR, Goldsmith KM, Gorzalka BB. The potential role of mindfulness in protecting against sexual insecurities. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2015 Aug;24(2):92-103.
21. Cash TF, Smolak L, editors. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press; 2011 Jul 19. [16]Cash,T.F.(2004).Body image : past,present,and future. *Body Image*,1,1-5.

Original Article

The effectiveness of Schema therapy and Acceptance and commitment therapy (ACT) on Chronic fatigue syndrome (CFS) and Health anxiety of patients with Multiple Sclerosis (MS)

Received: 15/08/2021 - Accepted: 16/02/2022

Abbas Nazari¹
Sara Saedi^{*2}
Mansour Abdi³

¹ Department of Psychology, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran.

² Department of Psychology, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

³ Department of Psychology, Arak Branch, Arak University, Arak, Iran.

* Department of Psychology, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

Email: sa.saedi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Multiple sclerosis patients are faced with numerous physical and mental stressors that lead to a decrease in their quality of life and mental health. The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and treatment based on acceptance and commitment on chronic fatigue syndrome and health anxiety in patients with multiple sclerosis.

Method: The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design with two experimental groups and one control group. From the community of patients with multiple sclerosis in Markazi province in 1400, 45 people were randomly selected and then randomly assigned to 3 groups of 15 people. The research instruments included the Chronic Fatigue Questionnaire (CFS) and the Health Anxiety Inventory (2002). Finally, analysis of covariance was used using SPSS software version 22 to analyze the data.

Results: The results showed that there was a significant and stable difference between the effect of schema therapy and acceptance and commitment-based therapy on chronic fatigue syndrome and health anxiety ($p < 0.001$). Post hoc test showed that the effect of acceptance and commitment therapy on chronic fatigue syndrome was greater than schema therapy, but on health anxiety, the effect of schema therapy was greater.

Conclusion: Schema therapy and treatment based on acceptance and commitment to chronic fatigue and health anxiety among patients with multiple sclerosis has a significant significance and stability, so their use is recommended.

Keywords: schema therapy, Acceptance and commitment therapy, chronic fatigue syndrome, health anxiety, Multiple Sclerosis

conflict of interest: There is no conflict of interest.