Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on fatigue in multiple sclerosis (MS) patients

Mohsen Karimi[1], Kaveh Qaderi Bagajan[2], Zahra Naghsh[3], Tahereh Ghazaghi[4], Lida Malekzadeh[5]

1. MSc of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0001-9190-1442.
2. Ph.D. of Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-9606-9664.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran., (Corresponding Author), Tel: +98-9124396156, Email: z.naghsh@ut.ac.ir. ORCID ID: 0000-0001-6065-7838.
4. Ph.D. student, Department of Psychology, Faculty of Psychology, International Tabriz-Aras University, Tabriz, Iran. ORCID ID: 0000-0002-1810-7194.
5. Ph.D. of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran. ORCID ID: 0000-0002-3839-0628.

ABSTRACT

Background and Aim: Multiple sclerosis (MS) is a chronic progressive inflammatory disease of the central nervous system that patients suffer from its complications and experience physical and emotional side effects in their lifetime. The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavior therapy (CBT) on fatigue in MS patients.

Materials and Methods: This was a clinical trial with pre and post-test design. Among the patients with MS referring to the neurology department of Baqiyatallah Hospital, 30 patients were selected by convenient sampling method and randomly divided into two experimental and one control groups. Fatigue severity scale (FSS) was used to assess fatigue in the MS patients in the pre-treatment (pre-test) and post-treatment (post-test) stages.

Results: The results showed that ACT and CBT only with a little difference had similar effects on the improvement and decrease of severity of fatigue so that, we found a significant decrease in the scores of severity of fatigue in the post-test compared to the scores in the pre-test.

Conclusion: The results indicated that ACT and CBT had the same effect on reducing the severity of fatigue in the MS patients.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Cognitive behavior therapy, Fatigue, Multiple sclerosis.

Received: Jan 23, 2020 **Accepted:** Jan 11, 2021

How to cite the article: Mohsen Karimi, Kaveh Qaderi Bagajan, Zahra Naghsh, Tahereh Ghazaghi, Lida Malekzadeh. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on fatigue in multiple sclerosis (MS) patients.SJKU 2021;26(4):117-131.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و شش / مهر و آبان ۱۴۰۰/۱۳۱-۱۱۷

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی–رفتاری در بهبود خستگی بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس

محسن کریمی[۱]، کاوه قادری بگه جان[۲]، زهرا نقش[۳]، طاهره قزاقی[۴] لیدا ملک زاده[۵]

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج ا...)، تهران، ایران. کد ارکید: ۱۴۴۲-۹۱۹۰-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی ، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. کد ارکید: ۹۶۶۴-۹۶۰۶-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۳. استادیار،گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۲۴۳۹۶۱۵۶، پست الکترونیک: z.naghsh@ut.ac.ir، کد ارکید: ۷۸۳۸-۶۰۶۵-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۴. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی ، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. کد ارکید: ۷۱۹۴-۱۸۱۰-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۵. دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. کد ارکید: ۰۶۲۸-۳۸۳۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس) یک بیماری مزمن، شایع و پیش‌رونده دستگاه عصبی است که افراد مبتلابه آن در طول زندگی خود از عوارض ناشی از آن رنج‌برده و اختلالات جسمی و عاطفی متعددی را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر باهدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری بر خستگی بیماران مبتلابه مالتیپل اسکلروزیس انجام‌گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش در چهارچوب طرح کار آزمایی بالینی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجراشده است. از میان بیماران مبتلابه ام.اس مراجعه‌کننده به بخش اعصاب درمانگاه بیمارستان بقیه‌الله (عج ا...) ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. داده‌های به‌دست‌آمده، با استفاده از تحلیل واریانس و کوواریانس تجزیه‌وتحلیل شد. ابزار مورد استفاده مقیاس شدت خستگی در بیماران ام.اس مقیاس شدت خستگی بود که در مراحل پیش از درمان (پیش‌آزمون) و بعد از درمان (پس‌آزمون) توسط بیماران تکمیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در بهبود خستگی افراد مبتلابه بیماری ام.اس با اندکی تفاوت و به یک‌میزان مؤثر واقع‌شده‌اند، به‌طوری‌که نمرات آزمودنی‌ها در پس‌آزمون در مقیاس خستگی کاهش معنی‌داری نسبت به نمرات پیش‌آزمون داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری به یک اندازه می‌تواند در کاهش خستگی افراد مبتلابه ام.اس مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، خستگی، مالتیپل اسکلروزیس.

وصول مقاله: ۹۸/۱۱/۳ اصلاحیه نهایی: ۹۹/۷/۳۰ پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

مقدمه

ام.اس (Multiple Sclerosis, M.S) یک بیماری میلین زدای سیستم عصبی مرکزی است(۱). در این بیماری که یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان است، پوشش میلین (Myelin sheaths) سیستم عصبی مرکزی از قبیل مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شود(۲). این بیماری متداول‌ترین بیماری نورولوژیک در میان جوانان است که اثرات ناتوان‌کننده‌ای بر جای می‌گذارد(۳,۴) همچنین در زنان حدوداً دو برابر شایع‌تر از مردان است(۵,۶). نتایج مطالعه جهانی بار بیماری‌ها (Global Burden of Disease,GBD) در سال ۲۰۱۹ حاکی از آن است که بیش از دو میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری ام.اس مبتلا هستند (۷) در ایران نیز طبق آخرین داده‌های شیوع شناسی میزان شیوع بیماری ام. اس برابر ۲۹/۳در هر ۱۰۰۰۰۰ هزار نفر است (۸) به‌غیراز مشکلات جسمی ناشی از، از بین رفتن میلین سلول‌های عصبی این بیماری معمولاً با مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، آژیتاسیون (agitation)، تحریک‌پذیری (irritability)، نقص‌های شناختی (cognitive deficits)،وسواس (obsession) و سایر عوامل در افراد مبتلا همراه است(۱۱-۹) با توجه به سنی که بیماری شروع می‌شود، بیماران مجبورند تا در برنامه‌های زندگی، خانواده و کار تجدیدنظر کرده و با عود بیماری و فقدان خودمختاری- که سبب اضطراب و نگرانی فراوان می‌شوند- مواجه شوند (۱۲).

در این بیماران خستگی (fatigue) یکی از ناتوان‌کننده‌ترین علائم است و با تخمینی بالاتر از ۰/۸۳ می‌توان گفت که یکی از متداول‌ترین نشانه‌ها در بیماران ام.اس محسوب می‌شود(۱۳).

خستگی باعث ایجاد اختلال در کار، فعالیت اجتماعی و عملکرد روزانه بیماران می‌شود(۵) و اثرات مخربی را بر کیفیت زندگی بیماران اعمال می‌کند(۱۴). خستگی علاوه بر کارکردهای جسمانی، بر کارکردهای شناختی بیماران ازجمله نقص در سرعت فعالیت‌های ذهنی، انعطاف‌پذیری شناختی و بازیابی اطلاعات اثراتی را اعمال می‌کند (۱۵).

برخی بیمارانی که از خستگی رنج می‌برند شغل خود را از دست می‌دهند، چراکه خستگی مانع از انجام وظایف و نقش‌های فردی و اجتماعی می‌گردد و توانایی افراد را برای انجام کار و فعالیت و حفظ یک زندگی طبیعی کاهش می‌دهد(۱۶) بااین‌حال علی‌رغم وجود اثرات ناتوان‌کننده خستگی در بیماری ام. اس متأسفانه اغلب در بیماران موردتوجه قرار نمی‌گیرد(۱۷).

یکی از مداخلات انجام‌شده در مورد این بیماران، درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavior Therapy, CBT) (۱۹, ۱۸) است پیش‌فرض نظری این مداخله درمانی بر این مبناست که خستگی فقط مرتبط با شدت و یا علائم بیماری نیست بلکه تفسیر و تعبیرهای شناختی این بیماران نیز برشدت احساس خستگی آن‌ها مؤثر است(۲۰)

مداخلات شناختی رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و همچنین در برطرف نمودن عوامل خطرساز بسیار مؤثر می‌باشند. طبق مفروضات بنیادین درمان شناختی رفتاری نوع تفکر و ادراک بیماران از واقع، هیجان‌ها و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد. مداخلات شناختی رفتاری آرون بک بر اساس اتصال ضروری اجزای تفکر، احساس و رفتار پی‌ریزی شده است(۲۰). در این رویکرد درمانی بیمار تشویق می‌شود تا رابطه بین افکارخودآیند منفی و حالات اضطرابی، افسردگی و خستگی خود را به‌عنوان مفروضاتی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکارخودآیند منفی است به‌عنوان محکی برای ارزیابی و اعتبار آن افکار بهره گیرد(۲۱).

در این راستا، پژوهشی که باهدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری در مقایسه با آموزش ریلکسیشن بر درمان خستگی بیماران ام.اس انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که گروه تحت درمان CBT کاهش معناداری درشدت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

خستگی نسبت به گروه ریلکسیشن داشتند(۲۲). در مطالعه‌ای موردی، سلیمانی و تاج‌الدینی (۲۳)، مطرح نمودند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر کاهش خستگی در کاهش خستگی جسمانی، شناختی و اجتماعی بیماران مبتلابه ام.اس مؤثر است. به‌علاوه عباسی، پهلوی زاده و محمدی(۲۴)، در یک مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی برشدت خستگی زنان مبتلابه ام.اس، بلافاصله و همچنین یک ماه بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری تأثیر دارد.

علاوه بر نسل دوم این درمان‌های روان‌شناختی با عنوان درمان «رفتاری شناختی»، امروزه با نسل سوم آن‌ها تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی بر پذیرش(Acceptanc based Models) مواجه هستیم؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Cognitive Therapy Based Mindfulness)، درمان فراشناختی (Metacognitive) و درمان مبتنی پذیرش و تعهد(Acceptance and Commitment Therapy ACT). در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد(۲۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی (Functional Contextualism) دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی (Rational Frame Theory) خوانده می‌شود. شش فرایند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند عبارت‌اند از: پذیرش (Acceptance)، گسلش شناختی (Defusion)، خود به‌عنوان زمینه (Self as Context)، زندگی در زمان حال(Living in the present moment)، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهدانه(Committed Action) (۲۶).

در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی (Psychological Acceptance) فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد. در قدم دوم، بر آگاهی روانی (Psychological Awareness) فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی(مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه، یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده(۲۷).

روچ(۲۸) طی پژوهش خود مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خستگی مزمن به این نتیجه رسید که پذیرش خستگی با بالا بردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد منجر به بهبود خستگی آن‌ها شده است. مطالعه‌ی کاریگان و دیسچ(۲۹) نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش خستگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ام.اس گردیده است. همچنین استروگن(۳۰) در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد و خستگی بیماران مبتلابه درد مزمن مؤثر است.

با توجه به پیشینه تحقیقاتی، از بین درمان‌هایی که به صورت تکی بر بهبود خستگی بیماران ام.اس انجام‌شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بیشترین میزان اثربخشی را داشته و به همین دلیل در پژوهش حاضر این دو درمان برای مقایسه انتخاب‌شده‌اند. مزیت عمده این روش‌ها، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. ضرورت مقایسه این دو درمان ازاین‌جهت است که تصویر واضح‌تری از درمان‌های

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

اثربخش این حوزه به دست آید تا درمانگران در انتخاب خط اول درمان روان‌شناختی و یا ترکیب هم‌زمان مداخلات در کار با بیماران ام. اس با اطمینان بیشتری عمل نمایند و پیروی درمانی را در بیماران بالاتر ببرند چراکه خود خستگی عامل خطری است که اگر بدان توجه نشود و درمان متناسب و به‌موقع دریافت نکند پیروی از درمان و شرکت در جلسات درمانی را با چالش اساسی روبه‌روی می‌سازد.

ازآنجا در هیچ‌کدام از تحقیقات انجام‌شده تابه‌حال در کشور مقایسه‌ای در مورد اثربخشی این دو شیوه درمانی بر خستگی بیماران مبتلابه ام.اس صورت نگرفته است؛ لذا بررسی اثربخشی آن‌ها به‌صورت هم‌زمان بر خستگی بیماران مبتلابه ام.اس ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به شیوع فراوان احساس خستگی در بیماران مبتلابه ام.اس و با توجه به شیوع بیشتر بیماری ام.اس در طی چند سال اخیر در کل کشور هدف کلی در این پژوهش مقایسه اثربخشی ACT با درمان CBT در بهبود خستگی بیماران مبتلابه ام.اس با استفاده از گروه گواه است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، در چارچوب طرح کار آزمایی بالینی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. بدین‌صورت اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر بهبود خستگی بیماران مبتلابه ام.اس به‌عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. پس از تائید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله به شماره(IR.BMSU.REC. 1395.308) اقدام به انجام پژوهش شد. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بودند از بیماران مبتلابه ام.اس که برای درمان به درمانگاه بیمارستان بقیه‌الله (عج ا...) مراجعه می‌کردند. حجم نمونه تعداد کل بیماران مراجعه‌کننده به بخش اعصاب بیمارستان بقیه‌الله بود که با در نظر داشتن ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش (ملاک‌های ورود شامل: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح سواد بالاتر از دیپلم، عدم ابتلا به بیماری‌های دیگر، توانایی شرکت در جلسات تمرینی به‌طور مرتب و تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی) (ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری‌های دیگر، دریافت هم‌زمان سایر روش‌های روان‌درمانی و بیماران مصرف‌کننده‌ی داروهای روان‌پزشکی) در هر گروه ۱۰ نفر و در کل ۳۰ نفر محاسبه گردید؛ بنابراین تعداد ۳۰ نفر از بیماران ام.اس (مرد و زن) که در مقیاس شدت خستگی (Fatigue Severity Scale, FSS) نمره‌ای بالاتر از ۲/۸ کسب کردند، با نظر متخصص اعصاب به شیوه در دسترس انتخاب‌شده و در سه گروه (دو گروه درمان و یک گروه شاهد) به‌صورت تصادفی قرار داده شدند. سپس روی یکی از گروه‌ها به مدت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روی گروه آزمایشی دیگر به مدت ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری به‌صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه شاهد هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی را دریافت نکرده و تنها درمان دارویی معمول را دریافت کردند.

ابزار:

در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱.پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی به دلیل تأثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای بر حالات خلقی آزمودنی‌ها تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر اطلاعات فردی، تاریخ تولد، وضعیت تأهل و مدت بیماری بود.

۲.FSS: FSS در سال ۱۹۸۸ توسط یک نورولوژیست به نام کروپ (Krupp) برای سنجش خستگی روانی در بیماران مبتلابه ام.اس ساخته شد. FSS را به‌صورت کلی و با سرعت در این بیماران می‌سنجد. به‌طوری‌که نمره حاصل از آن با میزان و شدت خستگی بیمار کاملاً متناسب است. این مقیاس مشتمل بر ۹ سؤال است. به هر سؤال برحسب پاسخ آزمودنی‌ها، از ۷-۱ نمره داده می‌شود و نمره کل از تقسیم جمع نمره‌ها بر ۹ محاسبه می‌شود. امتیاز ۷ نشان‌دهنده بالاترین حد خستگی و امتیاز ۱ بیانگر فقدان خستگی است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

افراد با خستگی مرتبط با ام.اس تقریباً نمره ۵/۱ و افرادی که خستگی را تجربه نمی‌کنند، تقریباً نمره ۲/۸ را کسب می‌کنند. مقدار آزمون کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۶ به‌دست‌آمده که حاکی از پایایی عالی این ابزار است(۳۱). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۲ به دست آمد که بیانگر ضریب پایایی قابل‌قبول پرسشنامه یادشده است.

۳. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس اقتباسی از پروتکل اکت برسینگتون و همکاران (۲۰۱۶)(۳۲) برای دردهای مزمن باکمی تغییرات (جدول ۱).

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برسینگتون و همکاران (۲۰۱۶) برای دردهای مزمن باکمی تغییرات

جلسات	اهداف جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول	آشنایی افراد با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش؛ بررسی بیماری ام.اس در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام‌شده؛ سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل. یاددهی درباره تفکرات، هیجانات، رفتار آگاهی در مورد مفید نبودن سرکوب اجتناب آموزش تکنیک توجه آگاهی
جلسه سوم	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. معرفی ارزش‌ها بر اساس اهداف معرفی همجوشی شناختی استراتژی‌های حل مسئله
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین برای گسلش. تمرین پذیرش آگاهانه
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن. بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه. تجربه افراد در خود به‌عنوان زمین

۴.خلاصه پروتکل درمان شناختی-رفتاری بر اساس اقتباسی از ساختار درمان شناختی رفتاری تطبیق داده‌شده برای خستگی بورگاس و چادلر (۲۰۱۲) (۳۳) (جدول ۲).

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان شناختی-رفتاری بر اساس اقتباسی از ساختار درمان شناختی رفتاری تطبیق داده‌شده برای خستگی (بورگاس و چادلر،۲۰۰۴) باکمی تغییرات

جلسات	اهداف جلسات درمان شناختی-رفتاری
جلسه اول	درس اول :خوشامدگویی، شرح دستور کار- گرفتن تاریخچه‌ای از مشکل خستگی بیمار- استنباط باورها و رفتارهای مقابله‌ای بیمار -بررسی تاریخچه زمینه‌ای کلی-توضیح مدل شناختی رفتاری- توضیح تعداد جلسات درمان مشخص کردن تکلیف خانه. درس دوم :تفکر و احساس، باورهای مطلق در مورد خود و دیگران، استانداردهای وضع‌شده ما برای خودمان و دیگران، تمثیل چمدان برای مراحل شناخت درمانی.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

جلسه دوم	مرور مدل درمان شناختی -رفتاری و مرور منطق درمان- بررسی تاریخچه زمینه‌ای کلی جلسات بررسی مدل درمان به‌عنوان یک روش برای آزمایش باورهای بیمار تعیین میزان مشخصی از فعالیت و استراحت در برنامه فعالیت اولیه بیمار بحث در مورد اهداف بلندمدت-تکلیف منزل .تکالیف خانگی برای جلسه بعد
جلسه سوم	مروری بر تکالیف خانگی جلسه قبل بررسی ادراک بیمار از مدل-بررسی خود نظارتی‌ها- بحث در مورد راهبردهای بهبود خواب -توافق بر سر ایجاد یک برنامه فعالیت در مسیر دستیابی به اهداف تعیین‌شده- دادن تکلیف منزل
جلسه چهارم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، طرز تلقی‌ها و هراس‌های مخرب، برنامه سه مرحله‌ای برای دستیابی به برداشت‌های سالم‌تر، بحث در مورد شناسایی و به چالش کشیدن افکار غیر سودمند با کمک افکار خود بیمار و تکالیف خانگی جلسه بعد
جلسه پنجم	مروری خلاصه‌وار بر مطالب جلسه گذشته، مرور تکالیف جلسه گذشته، درک اضطراب، راه‌های غلبه بر اضطراب آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، تکالیف خانگی
جلسه ششم	مروری خلاصه‌وار بر مطالب جلسه گذشته، مروری بر تکالیف جلسه گذشته، تشخیص بلاتکلیفی، تمثیل عینک فیلتر دار و تمثیل آلرژی آگاهی افزایی درباره نگرانی، شناسایی باورهای مثبت درباره مفید بودن نگرانی، ایفای نقش وکیل مدافع- دادستان، آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده
جلسه هفتم	مروری خلاصه‌وار بر مطالب جلسه گذشته، مروری بر تکالیف جلسه گذشته، عواملی که بر خستگی تأثیر می‌گذارند، آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده تکالیف خانگی
جلسه هشتم	مروری خلاصه‌وار بر مطالب جلسه گذشته، مروری بر تکالیف جلسه گذشته، مهارت‌های حل مسئله، بهبود جهت‌گیری نسبت به خستگی، به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله، آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده
جلسه نهم	مروری خلاصه‌وار بر مطالب جلسه گذشته، مروری بر تکالیف جلسه گذشته، مهار استرس و مهارت‌های زندگی، رعایت مواردی که باعث کاهش خستگی می‌شود، آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده
جلسه دهم	مدیریت خستگی، سه‌گام برای مدیریت خستگی، سبک‌های پاسخی ناسازگار، آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده بررسی و مرور برنامه.

همان طوری که در جدول ۳ ملاحظه می شود، در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، مراجعین گروه سنی ۲۱ تا ۲۵، ۲۶ تا ۳۰ و ۳۱ تا ۳۵ سال هر کدام بیشترین فراوانی را با حدود ۳۰/۰ درصد و مراجعین گروه سنی گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعین گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال بیشترین فراوانی را با حدود ۶۰/۰ درصد و مراجعین گروه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، و در گروه کنترل، مراجعین گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال بیشترین فراوانی را با حدود ۷۰/۰ درصد و مراجعین گروه سنی گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال کمترین فراوانی را با حدود ۳۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده اند. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب گروه روش درمان شناختی ـ رفتاری ۲۸/۹۰ و ۵/۰۶ سال، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۴/۶۰ و ۴/۴۷ سال و گروه کنترل ۲۵/۸۰ و ۲/۸۹ سال می باشد. در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، آزمودنی های مجرد حدود ۵۰/۰ درصد و آزمودنی های متأهل نیز حدود ۵۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آزمودنی های مجرد حدود ۴۰/۰ درصد و آزمودنی های متأهل نیز حدود ۶۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، و در گروه کنترل، آزمودنی های مجرد حدود ۸۰/۰ درصد و آزمودنی های متأهل نیز حدود ۲۰/۰ درصد نمونه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

را به خود اختصاص داده اند. در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، مراجعین با سطح تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بیشترین فراوانی را با حدود ۵۰/۰ درصد و مراجعین با سطح تحصیلات تا دیپلم کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعین با سطح تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بیشترین فراوانی را با حدود ۶۰/۰ درصد و مراجعین با سطح تحصیلات تا دیپلم و فوق لیسانس هر کدام کمترین فراوانی را با حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، و در گروه کنترل، مراجعین با سطح تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس بیشترین فراوانی را با حدود ۸۰/۰ درصد و مراجعین با سطح تحصیلات تا دیپلم کمترین فراوانی را با حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده اند. در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، مراجعین با مدت بیماری ۲ تا ۳ بیشترین فراوانی را با حدود ۵۰/۰ درصد و مراجعین با مدت بیماری ۸ سال به بالا کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعین با مدت بیماری ۲ تا ۳ بیشترین فراوانی را با حدود ۵۰/۰ درصد و مراجعین با مدت بیماری ۸ سال به بالا کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده اند. در گروه درمان شناختی ـ رفتاری، مراجعین بیکار ـ خانه دار بیشترین فراوانی را با حدود ۵۰/۰ درصد و مراجعین دارای مشاغل آزاد کمترین فراوانی را با حدود ۲۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجعین بیکار ـ خانه دار و همچنین دارای مشاغل دولتی هر کدام حدود ۵۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده، و در گروه کنترل، مراجعین بیکار ـ خانه دار بیشترین فراوانی را با حدود ۶۰/۰ درصد و مراجعین دارای مشاغل آزاد کمترین فراوانی را با حدود ۱۰/۰ درصد نمونه را به خود اختصاص داده اند.

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه سنی (سال)	گروه							
	درمان شناختی ـ رفتاری		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل		کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۱ تا ۲۵	۳	۳۰/۰	۰	۰	۳	۳۰/۰	۶	۲۰/۰
۲۶ تا ۳۰	۳	۳۰/۰	۳	۳۰/۰	۷	۷۰/۰	۱۳	۴۳/۳
۳۱ تا ۳۵	۳	۳۰/۰	۱	۱۰/۰	۰	۰	۴	۱۳/۴
۳۶ تا ۴۰	۱	۱۰/۰	۶	۶۰/۰	۰	۰	۷	۱۳/۳
کل	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰
تأهل								
مجرد	۵	۵۰/۰	۴	۴۰/۰	۸	۸۰/۰	۱۷	۵۶/۷
متأهل	۵	۵۰/۰	۶	۶۰/۰	۲	۲۰/۰	۱۳	۴۳/۳
کل	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰
تحصیلات								
تا دیپلم	۴	۴۰/۰	۲	۲۰/۰	۲	۲۰/۰	۸	۲۶/۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

فوق‌دیپلم و لیسانس	۵	۵۰/۰	۶	۶۰/۰	۸	۸۰/۰	۱۹	۶۳/۳
فوق‌لیسانس	۱	۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۰	۰	۳	۱۰/۰
کل	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰/۰
مدت بیماری								
تا ۱ سال	۲	۲۰/۰	۲	۲۰/۰	۲	۲۰/۰	۶	۲۰/۰
۲ تا ۳	۵	۵۰/۰	۵	۵۰/۰	۵	۵۰/۰	۱۵	۵۰/۰
۴ تا ۷	۲	۲۰/۰	۲	۲۰/۰	۲	۲۰/۰	۶	۲۰/۰
۸ سال به بالا	۱	۱۰/۰	۱	۱۰/۰	۱	۱۰/۰	۳	۱۰/۰
کل	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰
وضعیت اشتغال								
بیکار ـ خانه‌دار	۵	۵۰/۰	۵	۵۰/۰	۶	۶۰/۰	۱۶	۵۳/۳
مشاغل دولتی	۳	۳۰/۰	۵	۵۰/۰	۳	۳۰/۰	۱۱	۳۶/۷
مشاغل آزاد	۲	۲۰/۰	۰	۰	۱	۱۰/۰	۳	۱۰/۰
کل	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۱۰	۱۰۰/۰	۳۰	۱۰۰/۰

روش تجزیه‌وتحلیل:

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار)، آزمون لوین، آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف، تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) و روش آلفای کرونباخ جهت محاسبه ضریب پایایی استفاده‌شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه بیست و چهارم صورت گرفت و ضمناً سطح معنی‌داری در این تحقیق، ۰/۵ تعیین‌شده است.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نمرات خستگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد (جدول ۴). سه پیش‌فرض تحلیل کوواریانس حاکی از همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) (P=۰/۸۱۴ و ۰/۲۰۸ =F)، نرمال بودن توزیع نمرات (آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف) (در سه گروه P=۰/۲) و همگنی شیب رگرسیون یافته‌ها در متغیر خستگی بودند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره‌های خستگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری / گروه	میانگین	انحراف معیار
خستگی	پیش‌آزمون	درمان شناختی ـ رفتاری	۴۰/۴۰	۹/۳۸
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۳/۱۰	۷/۸۶
		کنترل	۴۰/۷۰	۸/۵۹
	پس‌آزمون	درمان شناختی ـ رفتاری	۳۳/۳۰	۵/۲۵
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۴/۴۰	۵/۹۱
		کنترل	۴۲/۵۰	۶/۵۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

در جدول ۵ نتایج آزمون بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون آورده شده است. با توجه به جدول ۵، مقدار F تعامل غیر معنی‌دار است. بنابراین، مفروضه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نمرات خستگی دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	مرحله: پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون	
		F (تعامل)	معنی‌داری
خستگی	تعامل گروه * پیش‌آزمون	۲/۵۵	۰/۰۹۹

در راستای آزمون فرضیه، نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون خستگی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون در جدول ۶ ارائه‌شده است. با توجه به جدول ۶، با کنترل پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل ازلحاظ خستگی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود (P <۰/۰۰۱، F=۹/۱۰ و df=1). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ است؛ به‌عبارت‌دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون خستگی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (عضویت گروهی) است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه میانگین نمرات پس‌آزمون خستگی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
خستگی	پیش‌آزمون	۴۷/۸۲	۱	۴۷/۸۲	۲/۳۰	۰/۱۳۸	۰/۱۰	۰/۳۱۳
	گروه	۳۶۶/۱۸	۲	۱۸۳/۰۹	۹/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۵۳
	خطا	۴۲۲/۳۷	۲۱	۲۰/۱۱				

معنی‌دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفـاده از تحلیل کوواریانس نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد لذا به دنبال این تحلیل، از تحلیل تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ گزارش‌شده است. طبق نتایج آن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین خستگی بیماران مبتلابه ام.اس گروه‌های آزمایش (به ترتیب ۳۴/۴۰ و ۳۳/۳۰) نسبت به میانگین گروه کنترل (۴۲/۵۰)، موجب کاهش خستگی گروه‌های آزمایش‌شده است (به ترتیب P=۰/۰۰۴ و P=۰/۰۰۶). بنابراین بین گروه‌های آزمایشی دوگانه ازلحاظ خستگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این امر بیانگر تأثیر تقریباً یکسان درمان شناختی ـ رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش خستگی است (جدول ۷).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

جدول ۷. نتایج آزمـون تعقیبی بونفرونی بین نمرات میانگین پس‌آزمون خستگی گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون

	گروه‌ها	میانگین	درمان (مبتنی بر پذیرش و تعهد)	درمان (شناختی ـ رفتاری)	کنترل
۱	درمان شناختی ـ رفتاری (CBT)	۳۳/۳۰		—	(p=۰/۰۰۶)
۲	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	۳۴/۴۰			(p=۰/۰۰۴)
۳	کنترل	۴۲/۵۰			

بحث

پژوهش حاضر باهـدف مقایسـه اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در بهبود خستگی بیماران مبتلابه ام.اس انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتـاری هر دو منجر به کاهش میزان خسـتگی در ایـن بیمـاران شـده اسـت و در ایـن رابطـه هیچ‌کـدام از ایـن دو درمـان برتـری معنـاداری ندارنـد. یافتـه‌های ایـن پـژوهش در خصـوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود خستگی بیماران ام. اس، همسـو بـا نتـایج پـژوهش وان دن آکـر و همکـاران (۲۰۱۷)(۳۴)، مـوس مـوریس و همکـاران (۲۰۱۳) (۳۵)، سـلیمانی و تاج‌الـدینی (۲۰۱۶)(۲۳) و عباسـی و همکاران(۲۰۱۶)(۲۴) است. در تبیین ایـن یافتـه‌ها همسـو بـا مدل نظری پیشنهادشـده توسـط ونکسـل و مـوریس (۲۰۰۶) می‌تـوان گفـت کـه عوامـل شـناختی، هیجـانی و رفتـاری می‌توانند خستگی مرتبط با ام.اس را تحت تـأثیر قـرار داده و سبب ماندگاری و یا تشـدید حالـت خسـتگی شـوند(۳۶) بـر همین اساس هدف قرار دادن شناخت‌های ناکارآمد مرتبط با خسـتگی کـه در پروتکـل درمـانی پـژوهش حاضـر مـدنظر قرارگرفتـه شـده بـود توانسـته میـزان خسـتگی را در مرحلـه پس‌آزمون کاهش دهد و اثرات درمانی اعمال کند.

همچنـین نتـایج به‌دسـت‌آمده از پـژوهش حاضـر مبنـی بـر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر خستگی بـا نتایج مطالعات روچ (۲۰۱۷) (۲۸)، کاریگان و دیش (۲۰۱۵) (۲۹)، اسـتروگن (۲۰۱۴)(۳۰) و داودی و همکـاران (۲۰۱۹) (۳۱) همسو است. در این راستا یافته‌های استروگن(۳۰) نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد و خستگی بیمـاران مبتلابـه درد مـزمن مـؤثر اسـت. همچنـین مطالعـات کاریگان و دیش(۲۹) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خستگی بیماران مبتلابه ام.اس اثربخش بوده و باعث کـاهش خسـتگی و افـزایش کیفیـت زنـدگی در ایـن بیماران شده است. روچ(۲۸) نیز طی پژوهش خود مبنی براثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خستگی مزمن بـه ایـن نتیجـه رسـید کـه پـذیرش خسـتگی بـا بـالا بـردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در افراد به بهبود خستگی آن‌هـا منجر گردیده و باعث بهبود خستگی در آن‌ها شده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اسـتدلال کـرد کـه بـه‌کارگیری درمان مبتنی بر پـذیرش و تعهـد بـا مکانیسـم‌های عملـی کـه دارد سبب شده فرد به‌جای سرکوب هیجانـات و اجتنـاب از مواجهه‌ی سالم با آن‌ها دست از تـلاش بـرای جسـت‌وجوی دلایل مشکل خود بردارد و بدون تلاش برای حذف و تغییـر که سـبب مـزمن شـدن درد می‌شـود هیجانـاتش را بپـذیرد و بدین طریق به آرامشی دست می‌یابد که قـبلاً چنـدان تجربـه نکرده است(۳۷).

اما در خصوص تفاوت‌های اثربخشی این درمان‌ها در پیشـینه پژوهش در مقایسـه بـا پـژوهش حاضـر مقـداری ناهم‌سـویی وجود دارد. به‌عنوان‌مثال در یک مطالعه فرا تحلیل که توسط فیوآز و همکاران (۲۰۱۸)(۳۸) انجـام شـد آن‌هـا بـه بررسـی سیسـتماتیک پژوهش‌هـای مربـوط بـه اثربخشـی مـداخلات روان‌شناختی در مدیریت خسـتگی بیمـاران ام.اس پرداختنـد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

یافته‌های آن‌ها حاکی از آن بود که روان‌درمانی‌ها خط اول درمان خستگی در بیماران ام.اس هستند و تمامی درمان‌های شناختی رفتاری، ریلکسیشن درمانی، ذهن آگاهی، تکنیک آرام‌سازی عضلانی و درمان متمرکز بر شناخت اجتماعی در کاهش خستگی بیماران ام. اس مؤثر هستند. اگرچه در پژوهش مورداشاره به شکل مشخص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موردبررسی قرار نگرفته است؛ اما یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که در مقایسه با سایر مداخلات روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری از اثربخشی بیشتری در کاهش خستگی مربوط به ام.اس برخوردار است؛ این در حالی است که یافته‌های ما برتری معنادار درمان شناختی رفتاری را در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان نداد؛ و این مسئله باعث می‌شود تا نتایج مطالعه فیوآز و همکاران(۳۸) تا حدی با چالش روبه‌رو شود چراکه برتری نسبی درمان شناختی رفتاری زمانی که با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد مقایسه قرار گیرد چندان معنادار نیست به همین دلیل شاید در نظر گرفتن درمان شناختی رفتاری به‌عنوان مؤثرترین درمان در حوزه خستگی ناشی از بیماری ام. اس مقداری عجولانه و فاقد وجاهت تجربی باشد بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به‌ویژه مطالعات فرا تحلیل پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خستگی بیماران ام. اس مطالعه نموده‌اند نیز در تحلیل‌ها وارد شوند تا تصویر دقیق‌تری از برتری درمان‌ها مشخص شود و مطالعات با نادیده گرفتن سایر درمان‌های مؤثر مخدوش نشوند.

اگرچه با توجه به پروتکل‌های کاربست شده می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح شیوه‌های حل مشکل و بازسازی افکار جهت مقابله بهتر با مشکلات جسمی و روانی، توانسته مؤثر باشد(۳۹)؛ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز از طریق کاهش ادراک درد حسی و ادراک درد ارزیابی سبب می‌شود تا افراد درد خود را وحشتناک ارزیابی نکنند؛ اما به‌طور شفاف مشخص نیست که هرکدام از این دو درمان با چه مکانیسم عمل مشخصی فرآیند خستگی ناشی از ام.اس را تحت تأثیر قرار می‌دهند و دلیل شباهت‌های اثربخشی این دو درمان در چیست(۴۰). به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به شکل فرآیند محور و کنترل‌شده به بررسی تفاوت‌های مکانیسم اثر هرکدام از تکنیک‌های این دو درمان در فرآیند بهبود خستگی پرداخته شود.

در رابطه با محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت که به دلایلی از قبیل دوری برخی از مراجعه کنندگان از محل برگزاری جلسات درمان، محدودیت‌های جسمانی و عدم توانایی مالی در برخی موارد باعث کاهش کیفیت حضور در جلسات می‌شد و به همین دلیل هم بایستی در تعمیم نتایج بااحتیاط عمل نمود. همچنین به نظر می‌رسد درصورتی‌که دوره‌ی پیگیری چندماهه برای بررسی اثربخشی درمان در میان‌مدت در نظر گرفته می‌شد احتمالاً تصویر بهتری از تفاوت‌های دو درمان در میان‌مدت به دست می‌آمد که به دلایل محدودیت زمانی این مسئله انجام نشد و این‌یکی از محدودیت‌های ناخواسته پژوهش حاضر است که لازم است در تبیین نتایج بدان توجه نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که می‌توان مداخله‌های مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌طور موفقیت‌آمیزی برای کاهش خستگی در بیماران مبتلابه ام.اس به کار گرفت و هیچ‌کدام از این دو درمان در مقایسه با دیگری برتری معناداری در اثربخشی درمانی نداشتند؛ لذا هردو درمان می‌تواند در زمینه ی کار بالینی و مداخلات درمانی شواهد محور در زمینه‌ی احساس خستگی مورداستفاده قرار گیرد و بهتر است درمانگران به برتری اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود خستگی ناشی از ام. اس که در برخی تحقیقات ذکرشده با دیده تردید بنگرند و مطالعات فرا تحلیل وسیع‌تری در این زمینه موردنیاز است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

نهایتاً می‌توان استدلال کرد که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل برابری به‌عنوان درمان‌های تکمیلی می‌توانند در کنار درمان‌های پزشکی منجر به ارتقاء کیفیت درمان گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه‌الله (عج ا...) انجام گرفته و در واحد توسعه و تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه‌الله (عج ا...) با کد پژوهشی IR.BMSU.REC. 1395.308 به تصویب رسیده است. هیچ کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. نویسندگان این مقاله از مدیران محترم بیمارستان و شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

منابع

1. Alroughani R, Inshasi JS, Deleu D, Al-Hashel J, Shakra M, Elalamy OR, et al. An Overview of High-Efficacy Drugs for Multiple Sclerosis: Gulf Region Expert Opinion. Neurol Ther. 2019;8(1):13-23.
2. Kenner M, Menon U, Elliott DG. Multiple sclerosis as a painful disease. Int Rev Neurobiol. 2007;79:303-321.
3. Brownlee WJ, Hardy TA, Fazekas F, Miller DH. Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. Lancet. 2017;389:1336-1346.
4. Thompson AJ, Baranzini SE, Geurts J, Hemmer B, Ciccarelli O. Multiple sclerosis. Lancet. 2018;391(10130):1622-1636.
5. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. Research in Med. 2008;32(1):45-53.
6. Halper J, Holland NJ. Multiple sclerosis: a self-care guide to wellness: Demos medical publishing; 2005.
7. C GBD 2016 Multiple Sclerosis Collaborators. Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(3):269-285.
8. Azami M, YektaKooshali MH, Shohani M, Khorshidi A, Mahmudi L. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis, PLoS One. 2019;14(4).
9. José Sá M. Psychological aspects of multiple sclerosis. Clin Neurol Neurosurg. 2008;110(9):868-877.
10. Diaz-Olavarrieta C, Cummings JL, Velazquez J, Garcia de la Cadena C. Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1999;11(1):51-57.
11. Brassington JC, Marsh NV. Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. Neuropsychol Rev. 1998;8(2):43-77.
12. Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP. Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis and psychological support for families. J Neurovirol. 2000;6 (2):168-171.
13. Kluger BM, Krupp LB, Enoka RM. Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. Neurology. 2013;80(4):409-416.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

14. Penner IK, Paul F. Fatigue as a symptom or comorbidity of neurological diseases. Nat Rev Neurol. 2017;13(11):662-675.
15. Bagert B, Camplair P, Bourdette D .Cognitive dysfunction in multiple sclerosis: natural history, pathophysiology and management. CNS Drugs. 2002;16(7): 55-445.
16. Winningham ML, Nail LM, Burke MB, Brophy L, Cimprich B, Jones LS, et al. Fatigue and the cancer experience: the state of the knowledge. Oncol Nurs Forum. 1994;21(1):23-36.
17. Burfeind KG, Yadav V, Marks DL. Hypothalamic Dysfunction and Multiple Sclerosis: Implications for Fatigue and Weight Dysregulation. Curr Neurol Neurosci Rep. 2016;16(11):98.
18. Asadnia S, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S, Sepehrian Azar F, Torabzadeh, Naser. Examination the effectiveness of cognitive-behaviour therapy on improving depression and decreasing anxiety symptoms of multiple schorosis patient (MS). Studies in Med Scien 2015;25(11):32-1023.
19. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A. Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. Psychosom Med. 2003;65(4):542-547.
20. Skerrett TN, Moss-Morris R. Fatigue and social impairment in multiple sclerosis: the role of patients' cognitive and behavioral responses to their symptoms. J Psychosom Res. 2006;61(5):587-593.
21. Hind D, Cotter J, Thake A, Bradburn M, Cooper C, Isaac C, et al. Cognitive behavioural therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2014;14:5.
22. van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. Psychosom Med. 2008;70(2):205-213.
23.Soleimani S, Tajoddini E. Effectiveness of cognitive behavioural therapy based on fatigue on dimension of mental fatigue in patient with multiple sclrosis: a case study. Journal of Clinic Psycho. 2016;8(2):13-21.
24. Pahlavanzadeh S, Dalvi-Isfahani F, Alimohammadi N, Chitsaz A. The effect of group psycho-education program on the burden of family caregivers with multiple sclerosis patients in Isfahan in 2013-2014. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(4):420-425.
25. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. Prev Sci. 2008;9(3):139-152.
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25.
27.Parsa M, Sabahi P, Mohammadifar MA. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinic Psycho. 2018;10 (1):8-21.
28.Roche L, Dawson DL, Moghaddam NG, Abey A, Gresswell DM. An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for Chronic Fatigue Syndrome (CFS): A case series approach. Journal of Contexl Behavi Sci. 2017;6(2) 86-187.
29.Carrigan N, Dysch L. Acceptance and commitment therapy for the management of chronic neuropathic pain in multiple sclerosis: A case study. Neuro-disabil and Psychoth. 2015;3(2) 69-92.
30. Sturgeon JA. Psychological therapies for the management of chronic pain. Psychol Res Behav Manag. 2014;7:115-124.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]

31. Davoodi M, Shameli L, Hadianfard H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Chronic Fatigue Syndrome and Pain Perception in People With Multiple Sclerosis. IJPCP. 2019; 25 (3) :250-265.
32. Brassington L, Monteiro da Rocha Bravo Ferreira N, Yates S, Fearn J, Lanza P, Kemp K et al. Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness. Journal of Contex Behavi Sci. 2016;5(4):208-214.
33. Burgess M, Andiappan M, Chalder T. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults: face to face versus telephone treatment: a randomized controlled trial. Behav Cogn Psychother. 2012;40(2):175-191.
34. van den Akker LE, Beckerman H, Collette EH, Twisk JW, Bleijenberg G, Dekker J, et al. Cognitive behavioral therapy positively affects fatigue in patients with multiple sclerosis: Results of a randomized controlled trial. Mult Scler. 2017;23(11):1542-1553.
35. Moss-Morris R, Dennison L, Landau S, Yardley L, Silber E, Chalder T. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy (CBT) for adjusting to multiple sclerosis (the saMS trial): does CBT work and for whom does it work?. J Consult Clin Psychol. 2013;81(2):251-262.
36. van Kessel K, Moss-Morris R. Understanding multiple sclerosis fatigue: a synthesis of biological and psychological factors. J Psychosom Res. 2006;61(5):583-585.
37. Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cogn Behav Ther. 2016;45(1):5-31.
38. Phyo AZZ, Demaneuf T, De Livera AM, Jelinek GA, Brown CR, Marck CH, et al. The efficacy of psychological interventions for managing fatigue in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Fronti in Neuro. 2018;9:149.
39. Pagnini F, Bosma CM, Phillips D, Langer E. Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. BMC Neurol. 2014;14:222.
40. Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment: Guilford Press; 2011.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-15]

[DOI: 10.52547/sjku.26.4.117]