رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

مقایسه درمان بازسازی شناختی معنایی و درمان خوددلگرم سازی بر خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی

Comparison of the Effectiveness of Semantic Cognitive Reconstruction Therapy and Self-Encouragement Therapy on Chronic Fatigue in People with Psychosomatic Skin

مینا مسیبی
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر حسینعلی قنادزادگان (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر بهرام میرزائیان
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.

Mina Mosayebi
PhD student, Department of Pychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Hosseinali Ghanadzadegan *
Assistant Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
KAZEMFAKHRI2@GMAIL.COM
Dr. Bahram Mirzaian
Assistant Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم سازی بر خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه مراجعه کنندگان مبتلا به روان‌تنی پوستی که در پائیز ۱۳۹۸ به بیمارستان بانک ملی شهر تهران مراجعه کرده و تشخیص سایکوسوماتیک پوستی دریافت کردند و دارای پرونده پزشکی بودند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در یک گروه در انتظار درمان و دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب درمان بازسازی شناختی معنایی (طی ۱۲ جلسه) و خوددلگرم سازی (طی ۱۰ جلسه) دریافت کردند و گروه در انتظار درمان آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خستگی مزمن CFS (چالدر، ۱۹۹۳) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD انجام گرفت. نتایج نشان داد که بازسازی شناختی معنایی به طور معناداری باعث کاهش خستگی مزمن (F=۸۹/۴۷ و p=۰/۰۰۰۴) شده است. همچنین، خوددلگرم سازی به طور معناداری باعث کاهش خستگی مزمن (F=۶۶/۱۲ و p=۰/۰۰۰۹) شد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که خوددلگرم سازی (F=۴۰/۸۴ و p<۰/۰۵) تاثیر بیشتری نسبت به درمان بازسازی شناختی معنایی دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از خوددلگرم سازی جهت کاهش خستگی مزمن به صورت موثرتری نسبت به درمان بازسازی شناختی معنایی در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *بازسازی شناختی معنایی، خوددلگرم سازی، خستگی مزمن، روان‌تنی.*

Abstract

The purpose of this study was to the comparison of the effectiveness of semantic cognitive reconstruction therapy and self-encouragement therapy on chronic fatigue in people with psychosomatic skin. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included people with psychosomatic skin who were referred to Bank Meli hospital and had a medical record in fall 2020. Among them, 45 people were selected by purposive sampling and randomly replaced in a control group (waiting for treatment) and two experimental groups (15 people in each group). The subjects of the first and second experimental groups received semantic cognitive reconstruction therapy (during 12 sessions) and self-encouragement therapy (during 10 sessions), respectively. the control group (waiting for treatment) did not receive any intervention. For data collection, the Interpersonal chronic fatigue CFS (Chalder, 1993) was used. Data were analyzed by analysis of covariance and LSD. The results showed that semantic cognitive reconstruction therapy significantly decreased chronic fatigue (F=89.47, p=0.0004). Also, self-encouragement therapy significantly decreased chronic fatigue (F=66.12, p=0.0009). The results also showed that self-encouragement therapy has a greater effect on chronic fatigue (F = 66.12 and p <0.05) than semantic cognitive reconstruction therapy. According to the results of the present study, self-encouragement therapy can be used to decrease chronic fatigue more effectively than semantic cognitive reconstruction therapy in people with psychosomatic skin.

Keywords: *Semantic Cognitive Reconstruction,* Self-*Encouragement, Chronic Fatigue, Psychosomatic*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : خرداد ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : آذر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

مقدمه

روان‌تنی[1] ازجمله اختلال‌های روانی فیزیولوژیکی است که به‌صورت بدنی نمایان می‌شوند. یکی از دلایل به وجود آمدن آن‌ها، مشکلات هیجانی فرد مبتلاست که بر عملکرد دستگاه عصبی خودکار، غدد درون‌ریز و نیز جریان‌های فیزیولوژیکی بدن اثر می‌گذارد و با مشکلات بدنی آشکاری همراه است (نصری و یلان، ۱۳۹۴) که از جمله آنها اختلالات قلبی-عروقی، تنفسی، معدی و روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه‌های تناسلی-ادراری، پوست، خستگی بیش از اندازه، اختلال حافظه، اشکال در تمرکز، تنگی نفس، تهوع، بی‌خوابی و غیره است که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند (شبه و همکاران، ۱۳۹۵)پژوهش عبدی زناب و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی نسبت به افراد سالم در وسواس چک کردن، برونگرایی و خوب‌نمایی تفاوت دارند. همچنین بین سابقه خودکشی و سابقه بیماری‌های روانی در خانواده بیماران با برون‌گرایی رابطه معناداری مشاهده شد (عبدی زناب، بشارت و داوودی، ۱۳۹۷). در حال حاضر محافظت و بهداشت پوست بیش از پیش دارای اهمیت بوده و مراقبت و درمان بیماری‌های مرتبط با پوست هزینه‌های چشمگیری را برای فرد مبتلا و جامعه تحمیل می‌کند (فیلای[2] ۲۰۰۹). برخی از بیماری‌های پوستی خودایمنی منفی با سبب شناسی مشابه هستند که در اثر حمله ایمنی توسط سلول‌های سیتوتوکسیک بر پلاک‌های پوست، لامپ فولیکول مو و ملانوسیت‌های اپیدرمی بالغ ایجاد می‌شوند (بیرلیا، سروتا و نوریس[3] ۲۰۲۰). پسوریازیس[4] یکی از انواع بیماری‌های پوستی است که تحت تاثیر دستگاه ایمنی بدن بوده و دستگاه ایمنی با بازخورد معیوبی که می‌دهد، سرعت بیشتری به رشد سلول‌های مرده سطح پوست می‌دهد (آیالا فونتانز، سولر و مک کورمیک[5] ۲۰۱۶). در حالت معمول، سلول‌هایی که در لایه زیرین پوست وجود دارند، به سمت لایه‌هایی که در سطوح بالاتر قرار دارند، تغییر مکان داده و با از دست دادن هسته به شکل پوسته مرده از بدن انسان خارج می‌شوند. این مدت زمان برای افراد عادی حدود یک ماه است، اما در بدن فرد مبتلا به پسوریازیس، این فرآیند سرعت بیشتری دارد (ایرانمنش و همکاران، ۱۳۹۹). یکی دیگر از بیماری‌های پوستی دیگر که براثر استرس ایجاد می‌شود، ویتیلیگو[6] نام دارد. توسط این بیماری، اختلال در تولید رنگ‌دانه‌های پوستی ایجاد شده و قسمت‌های زیادی از پوست با لکه‌های سفیدرنگ پوشانده می‌شوند. حتی موهای قسمت‌هایی از پوست که به پیسی مبتلا است به رنگ سفید درآمده و رشد می‌کنند (مانگا و آرواجولو[7] ۲۰۱۴). بیماری دیگر که به نام طاسی سکه‌ای یا منطقه‌ای شناخته شده است، آلوپسیا آره‌آتا[8] نام دارد که در این بیماری، موهای سر فرد به شکل بیضی در مناطقی از سر شروع به ریزش می‌کند. این بیماری بسیار شایع بوده و در نتیجه نقص دستگاه ایمنی و حمله سلول‌های ایمنی به فولیکول‌های مو و به طور ناگهانی رخ می‌دهد. به طوری که فولیکول‌های مو را از بین برده و رشد مو متوقف می‌شود (آریزو و توستی[9] ۲۰۱۹). بدشکلی ناشی از ضایعات پوستی یکی از مهم‌ترین عواملی است که در فرد مبتلا ایجاد مشکلات و حساسیت‌های روانی می‌کند که این واکنش‌ها با توجه به نوع ضایعه، در افراد متفاوت است (ترکاشوند و همکاران، ۱۳۹۴). در افراد مبتلا به ویتیلیگو نیز مشاهده شده است که این افراد از سلامت روان کمتری نسبت به افراد عادی به سر می‌برند (نسائیان و همکاران، ۱۳۹۶). ازجمله در افراد مبتلابه آکنه و پسوریازیس نشان داده‌شده که آن‌ها از تعاملات اجتماعی و در معرض قرار گرفتن در جمع، خودداری می‌کنند و ضایعات پوستی خود را پنهان می‌کنند و از راهبردهای ناکارآمدی برای مدیریت تصوری که درباره دیگران دارند، استفاده می‌کنند (ایرانمنش، ثابت، بلیاد و تاجری، ۱۳۹۹). پژوهش فریدحسینی و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به پسوریازیس، از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند و کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند (فریدحسینی و همکاران، ۱۳۹۵). در مجموع می‌توان بیان کرد که مشکلات پوستی قابل مشاهده، معمولا به عنوان یک مبنع نگران‌کننده هیجانی برای مبتلایان به شمار می‌رود و حدود یک سوم از مراجعه‌کنندگان به مراکز پوست، درجاتی از عوامل هیجانی بالاتری را نسبت به افراد عادی را نشان می‌دهند(اوریون و ولف،[10] ۲۰۱۴).

1 Smantic
2 Finlay
3 Birlea, Serota, Norris
4 Psoriasis
5 Ayala-Fontánez , Soler , McCormick
6 Vitiligo
7 Manga, Arowojolu
8 Alopecia areata
9 Iorizzo, Tosti
1 Orion & Wolf 0

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

در این بین، خستگی مزمن را به‌عنوان کاهش انرژی جسمانی، ذهنی و شناختی که باعث افت معنادار فعالیت‌های فرد می‌شود، تعریف می‌کنند. می‌توان بیان کرد که احساس خستگی همان کمبود انرژی و فرسودگی است که با عملکرد فرد تداخل دارد و تظاهر این خستگی و کاهش انرژی و عملکرد، در کلیه ابعاد اجتماعی، عاطفی و هیجانی و به‌ویژه فرآیندهای شناختی به چشم می‌خورد. این خستگی پایدار است و حدود شش ماه متوالی یا بیشتر طول می‌کشد و یا استراحت از بین نمی‌رود. خستگی، همچنان به عنوان یکی از شایع‌ترین شکایات در ۹۰ درصد بیماران به صورت فقدان انرژی توصیف می‌شود (مولوقلو و فاتیگیو[1] ۲۰۰۹). خستگی با اثرات پیچیده و عمیق بر وضعیت روحی و روانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، سبب بروز افسردگی و کاهش امید به زندگی در آنان می‌شود و از آنجا که این مولفه تجربه ذهنی بیمار است، بنابراین ارزیابی و درک ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی از این امر و درمان خستگی توسط آنان از مهم‌ترین گام‌ها در مداخله‌های حرفه‌ای در ارائه مراقبت‌های بهینه خستگی است (ثمین و کوهپایی، ۱۳۹۸). نشانه‌های سندرم خستگی مزمن به صورت سریع و ناگهانی ظاهر می‌شود و سال‌ها به صورت مزمن ادامه می‌یابد. افراد مبتلا به این بیماری دارای علائمی از خلق افسرده نظیر اختلالات خواب، نواقص توجه، نقص شناخت و کاهش سرعت پردازش اطلاعات و خستگی ناتوان کننده هستند (صادقی و همکاران، ۱۳۹۸).

رویکردهای بازسازی شناختی،[2] مجموعه‌ای از فنون است که به افراد یاد می‌دهد مفروضات خود را درباره وضعیت‌ها و دنیا بررسی کنند و عقایدشان را واقع‌بینانه‌تر و عاقلانه‌تر سازند. در استفاده از این فنون اعتقاد بر آن است که افکار غیرمنطقی، رفتارهای منطقی را به وجود می‌آورند که می‌توان آن‌ها را با تغییر دادن افکار زیربنایی اصلاح کرد (آسیخیا،[3] ۲۰۱۴). بازسازی شناختی با این پیش‌فرض بنیادی شروع می‌شود که مشکلات در زندگی از شناخت‌ها، باورها و افکار نادرستی نسئت می‌گیرد که افراد درموقعیت‌های مختلف رشد و گسترش می‌دهند (کرانکه[4] و همکاران، ۲۰۱۷). از این رو درمانگران شناختی به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل ساختن طرز تلقی او متمرکز می‌شوند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۹). از آنجا که رویدادها به خودی خود نمی‌توانند باعث ایجاد مشکل شوند، بلکه شیوه فکری و سبک پپردازش اطلاعات و معنادهی به وقایع و یا همان تفسیر رویدادهاست که این گونه احساس‌ها و هیجانهای منفی را در افراد ایجاد می‌کند (ظهیری سروری و همکاران، ۱۳۹۷). طبق پروتوکل مطرح شده در این روش درمانی، بیمار تحت آموزش به روش بازسازی می‌آموزد که بسیاری از باورهای او درباره عوامل ایجاد کننده مشکلات پوستی و روش‌های کنترل و پیشگیری‌اش، غیرمنطقی است و باید بازاندیشی شود و به طور واقعی مدنظر قرار گیرد. از این رو طی دوره مداخله، افراد خود را بیش از قبل در کنترل و درمان وضعیت بیماری خود مسئول می‌دانند و به این وسیله کانون کنترل درونی سلامت افزایش می‌یابد. با توجه به بازاندیشی شناختی و دقت در شرایط زندگی، تعاملات با دیگران و نوع سبک زندگی، منبع سلامت مربوط به افراد موثر در این روش به خوبی افزایش می‌یابد (سیلوا[5] و همکاران، ۲۰۱۷). اشرفی و همکاران در پژوهش خود روش بازسازی شناختی را بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی تایید کردند (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین ظهیری سروری و همکاران در پژوهش خود، اثربخشی درمان بازسازی شناختی بر کاهش اضطراب را تایید کردند (ظهیری سروری و همکاران، ۱۳۹۷). یافته‌های پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۳) نیز که باهدف اثربخشی رویکرد بازسازی شناختی بر باورهای غیرمنطقی انجام شد، نشان داد که که مداخله بازسازی شناختی در بهبودی باورهای غیر منطقی می‌تواند مؤثر واقع شود (کریمی و همکاران، ۱۳۹۳). کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) نیز در پژوهش خود باهدف اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر کاهش درماندگی آموخته شده نشان دادند که مداخله بازسازی شناختی منجر به کاهش درماندگی آموخته شده می‌گردد (کلانتری، مولوی و جعفری، ۱۳۸۰).

از آنجا که روش بازسازی شناختی معنایی نیز برگرفته از روش‌های درمانی شناختی رفتاری است، می‌توان به برخی از پژوهش‌های انجام شده در رابطه با اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر متغیرهای گوناگون در جوامع مبتلا به خستگی مزمن اشاره نمود. از جمله آنها می‌توان به پژوهش قمری، دستانی و قدیمی (۱۳۹۳) اشاره کرد که دریافتند درمان شناختی-رفتاری از طریق تغییر تفسیر افراد از موقعیت‌ها و تغییر توجه بیماران مبتلا به خستگی مزمن بر کاهش افسردگی و نشخوارفکری موثر است و افسردگی به علت نقش سایر عوامل کمتر از نشخوار فکری بهبود می‌یابد. تاکنون اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی بر متغیر خستگی مزمن بر روی جوامع متخلف و به ویژه بر افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی صورت نگرفته است، لیکن بهزادی و عسگری (۱۳۹۷) در پژوهش خود با هدف اثربخشی

1 Mllaoglu & Fatigue
2 Cognitive Reconstruction Therapy
3 Asikhia
4 Kanke
5 Silva

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

درمان شناختی رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری آزمودنی‌ها اثربخش است (بهزادی و عسگری، ۱۳۹۷).

هم‌چنین در دلگرم‌سازی[1] افراد رفتارهایی که احساس مثبت و خوشایندی را در بردارند، فرا گرفته و برای مشکلات پیش‌رو به نحو موثرتر برنامه‌ریزی می‌کنند. هم‌چنین باعث افزایش اعتماد به نفس در فرد می‌شود. در این رویکرد، در فرد حس تعلقی ایجاد شده که کمک می‌کند فرد از سودمندی در جامعه، احساس رضایت کند. در دلگرم‌سازی این واقعیت وجود دارد که اگر چه در دنیای ما هیجان‌های مثبت و منفی فراوانی وجود دارند ولی ادراک شخص از این هیجان‌هاست که رویکرد او را در زندگی نشان می‌دهد (فتحی و علیزاده، ۱۳۹۱). آقایوسفی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دلگرم‌سازی به عنوان یک مهارت می‌تواند موجب افزایش استفاده از راهبردهای شناختی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری و نیز کاهش استفاده از راهبردهای شناختی ملامت خویش و نشخوارگری گردد (آقایوسفی، مهمان نوازان و دهستانی، ۱۳۹۴). هم‌چنین در پژوهش‌های دیگر مشخص شده است که خوددلگرم‌سازی می‌تواند باعث افزایش سلامت روان (سلیمی بجستانی، فرکوراوند و یونسی، ۱۳۹۴)، افزایش خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی (سهرابی، درتاج و لطفی عظیمی، ۱۳۹۹)، بر احساس تنهایی (علی صوفی اله، فرنام و شیرازی، ۱۳۹۷)، بر کاهش اضطراب امتحان و کمال‌گرایی (عسلی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۲)، بر بهزیستی اجتماعی و روانشناختی (علی اکبری دهکردی، علیپور، مهمان‌نوازان، ۱۳۹۵) شود.

در مجموع باید پذیرفت با توجه به مطالب ذکر شده در خصوص افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی، این بیماری، یکی از وقایع استرس‌زاست که فرد مبتلا را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تاثیر قرار می‌دهد، ولی افراد مبتلا می‌توانند با درمان‌های روان‌شناختی سودمند از قبیل بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم‌سازی با اتخاذ راهبردهای انطباقی درست، میزان مشکلات مربوطه را تا حد چشمگیری مرتفع کنند. بازسازی شناختی روشی باارزش در کنترل علائم اضطرابی است. براساس درمان بازسازی شناختی، اختلال‌های اضطراب و افسردگی مربوط به تفسیر وضعیت و محرک، نه براساس وضعیت و محرک است. اعتقاد بر این است که رفتار و احساس‌ها نتیجه افکار خودکار هستند که مربوط به باورهای بنیادین (عمیق) بوده و بنابراین، احساس‌ها و رفتار اضطراب و افسردگی نتیجه افکار منفی و باورهایی بوده که می‌توانند اصلاح شوند (ظهیری سروری و همکاران، ۱۳۹۷). از طرف دیگر، خستگی مزمن در یک پیوستار از خفیف و گذرا تا شدید و بادوام قرار دارد (سعیدی دهاقانی، جلیل باباپور و اسماعیل‌پور، ۱۳۹۳) . اختلال در حافظه و توجه، اختلال در عملکردهای عصبی-شناختی، تغییر کیفیت خواب و علایم بدنی مانند گلو درد، دردهای عضلانی و مفصلی، سردرد و کسالت بعد از فعالیت، از نشانه‌های خستگی مزمن هستند (بهزادی و عسگری، ۱۳۹۷). شیوع خستگی مزمن در زنان، سالمندان، و افراد دارای وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین بالاتر است (رحیمیان بوگر و رضایی، ۱۳۹۱).متاسفانه تاکنون پژوهش در خصوص اثربخشی بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم سازی بر روی خستگی مزمن در بیماران مبتلا به روان‌تنی پوستی صورت نگرفته است، لیکن با توجه به تاثیر شیوه‌های درمانی شناختی و مطالب مربوط به درمان خوددلگرم سازی و نوع مداخله آن‌ها، پژوهشگر در پژوهش حاضر ابتدا به اثربخشی هر یک از درمان‌ها بر روی متغیر خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی پرداخت. سپس از بین این دور روش اثربخش‌ترین درمان را بر روی خستگی مزمن افراد مبتلا به روان‌تنی پوست انتخاب کرد. علاوه بر آن، یافتن تفاوت در زمینه اثربخشی این دو رویکرد در بیماران مبتلا به روان‌تنی پوستی تلویحات نظری و کاربردی مهمی دارد و می‌تواند به متخصصان حوزه بهداشت روانی کمک کند تا اثربخش‌ترین درمان را انتخاب کرده و به کار برند. همچنین سایر محققین را نیز در زمینه تکمیل ادبیات نظری یاری خ می‌رساند . پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و خود دلگرم‌سازی بر خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی انجام شد.

روش

پژوهش حا ضر از نوع نیمه‌آزمای شی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی بودند که از تاریخ ۱۳۹۸/۰۷/۱ الی ۱۳۹۸/۰۹/۳۰ جهت دریافت خدمات مراقبتی به بیمارستان بانک ملی شهر تهران مراجعه نموده بودند و ابتلای آنها به روان‌تنی پوستی توسط متخصص پوست تایید شده بود و دارای پرونده پزشکی و مراجعات در بیمارستان

1 Self-Encouragement

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

بانک ملی بودند. جهت انتخاب نمونه آماری با توجه به رضـایت و علاقه‌مندی داوطبین شـرکت کننده در پژوهش و نیز با توجه به میزان کفایت تعداد نمونه ۱۵ نفر در هر گروه در تحقیقات نیمه آزمایشی، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه در انتظار درمان) گمارش شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیماری روان‌تنی پوست براساس نظر پزشک متخصص پوست، قرار داشتن در محدوده سنی بین ۲۵ الی ۴۵ سال و کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی بود. همچنین غیبت بیش از دو جلسه متوالی و عدم تمایل شرکت در ادامه جلسات بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی اخذ شـد، طرح پژوهش توضـیح داده شـد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شـده و در صـورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. همچنین در پایان پژوهش، باتوجه به سودمند بودن خوددلگرم سازی، این مداخله نیز برای اعضای گروه کنترل اجرا شد.

ابزار سنجش

مقیاس خستگی چالدر (CFS):[1] این مقیاس توسـط چالدر و همکاران[2](۱۹۹۳) برای سـنجش علائم جسـمی و ذهنی خسـتگی مزمن که تصور می شود علامت شاخص برای نشانگان خستگی مزمن می‌باشند، ساخته شد. مقیاس خستگی چالدر شامل ۱۴ ماده و چهار عامل (مشکلات شناختی، خواب آلودگی، استقامت و نیرومندی، فقدان انگیزش و علاقه) است. این مقیاس، توسط نصری، نجاریان، مهرابی‌زاده هنرمند و شکرکن (۱۳۸۱) در ایران ترجمه و پایایی و روایی آن مشخص شده است. ماده‌های این مقیاس براساس یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (از ۰=هیچ تا ۳=زیاد) نمره‌گذاری می شود. چالدر و همکاران (۱۹۹۳) ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۸۹، خستگی جسمی ۰/۸۴و خستگی ذهنی را ۰/۸۲ گزارش کردند. نصری و همکاران (۱۳۸۱) ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در نمونه‌ای از دانشجویان (۶۰ نفر) و پرستاران (۳۴ نفر) به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۱ گزارش کردند و ضریب پایایی به روش تنصیف در گروه دانشجویان ۰/۸۳ به دست آمد. چالدر و همکاران (۱۹۹۳) ضریب روایی برای این مقیاس را با استفاده از نمره نقطه برش ۲۲ و با استفاده از جدول مصاحبه بالینی در بخش مراقبت‌های پزشکی، ۷۵/۵ درصد (حساسیت) و ۷۴/۵ درصد (ویژگی) گزارش کردند. لذا، این ابزار در مطالعات مربوط به نشانگان خستگی مزمن کاربرد زیادی داشته است. نصری و همکاران (۱۳۸۱) به منظور بررسی روایی این پرسشنامه، آن را روی دو گروه از افراد سالم و بیمار اجرا کردند. نتایج حاکی از معنادار بودن تفاوت میانگین‌های خستگی در گروه‌های بیمار و سالم بوده است. وی به منظور بررسی روایی همزمان این مقیاس، پرسشنامه خستگی چالدر را با مقیاس شدت خستگی کراپ، لارکا، مورناش و استاینبرگ[3](۱۹۸۹)، همبستگی برای کل مقیاس، خستگی جسمی و خستگی ذهنی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۶۵، و ۰/۴۲، و در پرستاران به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۶۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی پرسشنامه خستگی چالدر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود.

گروه مداخله بازسازی شناختی معنایی در کنار دریافت مراقبت‌های روتین، در معرض بازسازی شناختی معنایی در طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) قرار گرفتند و گروه مداخله خوددلگرم سازی نیز در کنار مراقبت‌های روتین، در معرض خوددلگرم سازی در طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (در هر هفته یک جلسه) قرار گرفتند. اما اعضای گروه کنترل در انتظار درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و مراقبت‌های روتین خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به پرسشنامه خستگی مزمن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه بیست و دوم استفاده شد و در آن به منظور استفاده از آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و نیز در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۱: برنامه مداخله‌ای بازسازی شناختی معنایی به اقتباس از پروتکل اجرایی سلیمی (۱۳۸۸)

جلسه	هدف
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی با اهداف و ساختار و قواعد گروه، ایجاد ارتباط موثر با اعضا و معرفی اعضا به یکدیگر
جلسه دوم	شناسایی افکار به عنوان عامل ناراحتی و شناسایی توالی میان شناخت‌ها، انگیزه‌ها و رفتارها

1 Chalder Fatigue Scale

2 Chalder & et al

3 Krupp, LaRocca, Muir-Nash & Steinberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

جلسه سوم	شناسایی افکار و نیز چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دردسرساز
جلسه چهارم	بررسی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها بررسی، ارزیابی و اصلاح شناخت‌ها ارائه اطلاعات راجع به نقش شناخت و معرفی فرمول ABC
جلسه پنجم	بازبینی فهم مراجعین از نتایج الگوی ABC ایجاد بینش در اعضا درباره نقش مؤثر باورها (B)
جلسه ششم	سنجش افکار خودکار و تحریف‌های شناختی
جلسه هفتم	ساخت پادزهر در مقابل خطاهای شناختی
جلسه هشتم	شناخت و ردیابی خطاهای شناختی مهم در افکار توسط اعضای گروه
جلسه نهم	شناخت و ردیابی باورهای غیرمنطقی
جلسه دهم	شناخت و چالش با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش اعضا
جلسه یازدهم	شناخت و چالش با باورهای غیرمنطقی از طریق ایفای نقش
جلسه دوازدهم	توضیح و بازبینی انواع بینش‌ها در مراجع جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون

جدول۲: برنامه مداخله‌ای خوددلگرم سازی شوناکر (۱۹۸۰؛ نقل از باهلمن و دینتر[1] ۲۰۰۱)

جلسه	هدف
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، معرفی مفهوم دلگرمی و آموزش رفتارها و ویژگی‌های دلگرم کننده
جلسه دوم	آموزش مفهوم هدف گرایی رفتار انسان
جلسه سوم	آموزش دلگرم سازی، پذیرش اشتباهات و جرأت پذیرش ناکامل بودن.
جلسه چهارم	یادگیری تفکر محبت آمیز و دلگرم کردن
جلسه پنجم	بیان تأثیر بدگویی در غیاب دیگران و غیب کردن بر روابط افراد با یکدیگر
جلسه ششم	چگونگی ایجاد روابط مثبت
جلسه هفتم	ایجاد روابط به همراه گفتگوهای دلگرم‌سازی
جلسه هشتم	بررسی نقش خود در موقعیت های دشوار
جلسه نهم	بررسی تصور خود از عشق و حس تعلق به دیگران
جلسه دهم	ارزیابی کلی از جلسات پیشین و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

تعداد جامعه افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی ۸۹ نفر بود که با همکاری عوامل بیمارستان بانک ملی شناسایی شدند و ۴۵ نفر از بین آنها انتخاب شدند و در سه گروه قرار گرفتند. میانگین (و انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش درمان بازسازی شناختی معنایی ۳۰/۸۰ (۷/۴۶)، در گروه آزمایش خوددلگرم‌سازی۳۳/۲۶ (۷/۶۴) و در گروه در انتظار درمان ۳۳/۴ (۸/۰۷) بود. در گروه بازسازی شناختی معنایی تعداد ۸ نفر معادل ۵۳/۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و ۷ نفر، معادل ۴۶/۷ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه خوددلگرم سازی تعداد ۹ نفر معادل ۶۰ درصد دارای تحصیلات لیسانس و تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. همچنین در گروه کنترل تعداد ۱۱ نفر معادل ۷۳/۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و تعداد ۴ نفر معادل ۲۶/۷ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. در گروه معنادرمانی تعداد ۱۰ نفر معادل ۶۶/۷ درصد زن و تعداد ۵ نفر معادل ۳۳/۳ درصد مرد بودند. در گروه خوددلگرم سازی، تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد زن و تعداد ۹ نفر معادل ۶۰ درصد مرد بودند و در گروه کنترل، تعداد ۹ نفر معادل ۶۰ درصد زن و تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد مرد بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ نمایش داده شده است.

1 Bahlmann, & Dinter

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیر خستگی مزمن به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

	گروه بازسازی شناختی معنایی	گروه خوددلگرم‌سازی	گروه کنترل
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیش‌آزمون	۳۰/۱۳ (۱/۹۲)	۲۹/۱۳ (۳/۱۸)	۲۷/۹۳ (۱/۸۳)
پس‌آزمون	۲۱/۶ (۲/۲۹)	۲۰/۴ (۳/۶۴)	۲۹/۱۳ (۱/۵۹)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر خستگی مزمن در هر دو روش درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جهت ارزیابی آموزش‌های بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم سازی بر متغیر پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید. تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت آزمودن یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد. در این آزمون آماره (و سطح معناداری) در بین سه گروه برابر با ۱/۸۴ (۰/۱۴۵) حاصل شد. در نتیجه مشخص شد که تساوی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. جهت آزمودن نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. در این آزمون میزان آماره (و سطح معناداری) به ترتیب برای گروه آزمایش بازسازی شناختی معنایی ۰/۳۲۵(۰/۸۱)، در گروه خوددلگرم سازی ۰/۱۷۱ (۰/۶۳) و در گروه کنترل ۰/۱۸۷ (۰/۶۸) به دست آمد. همچنین میزان همبستگی متغیر همپراش و مستقل نیز توسط آزمون شیب خط رگرسیون صورت گرفت و در آن مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل بررسی شد و آماره حاصل (و سطح معناداری) برابر با ۰/۰۹۳ (۰/۸۱۲) حاصل شد.

مطابق مطالب فوق، با توجه به تائید پیش‌فرض‌های موردنظر ($p>۰/۰۵$)، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده نمود. پیش از بررسی مؤثرترین روش درمانی، ابتدا به بررسی اثربخش بودن هر یک از دو روش درمانی بر متغیر خستگی مزمن پرداخته شد. نتایج در جدول ۴ حاکی از اثربخش بودن هر دو درمان بر متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره به تفکیک روش‌های درمانی بر متغیر خستگی مزمن

گروه	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	ضریب تاثیر
بازسازی شناختی معنایی	گروه	۳۴۸/۹۵	۱	۸۹/۴۷	۰/۰۰۰۴	۰/۷۱۰
	خطا	۱۰۵/۳	۲۷	-	-	-
	کل	۵۳۴/۹۶	۲۹	-	-	-
خوددلگرم سازی	گروه	۴۹۴/۳۰	۱	۶۶/۱۲	۰/۰۰۰۹	۰/۷۶۸
	خطا	۲۰۱/۸۲	۲۷	-	-	-
	کل	۷۹۳/۳۶	۲۹	-	-	-

با توجه به اثربخش بودن هر یک از روش‌های درمانی بر متغیر خستگی مزمن ($p<۰/۰۵$)، به بررسی تفاوت بین دو درمان با استفاده از آزمون آنکوا پرداخته شد که نتایج گویای وجود تفاوت در هر یک از متغیرهای پژوهش بود. نتایج برای متغیر خستگی مزمن $F=۴۰/۸۴$ و $p=۰/۰۰۰۴$ بود. برای تعیین اینکه کدام یک از روش‌ها بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به روان‌تنی پوستی موثر است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول۵: مقایسه زوجی اثرات مداخلات بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم سازی بر خستگی مزمن

متغیر	مقایسه بین گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
خستگی مزمن	بازسازی شناختی معنایی	خوددلگرم سازی	۱/۳۹۱	۰/۹۸۰	۰/۱۶۳
	بازسازی شناختی معنایی	در انتظار درمان	-۷/۱۱*	۱/۰۳	۰/۰۰۰۲
	خوددلگرم سازی	در انتظار درمان	-۸/۵*	۰/۹۸	۰/۰۰۰۹

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

نتایج حاصل از جدول ۵ بیانگر آن است که در متغیر خستگی مزمن میان نمرات گروه کنترل با هر یک از دو گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۵). از طرفی با توجه به اینکه تفاوت میانگین در گروه خوددلگرم سازی (۸/۵۰-) بیشتر از بازسازی شناختی معنایی (۷/۱۱-) است، لذا خوددلگرم سازی نسبت به روش بازسازی شناختی معنایی توانست بر کاهش خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی اثرگذارتر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم سازی بر خستگی مزمن در بیماران مبتلا به روان‌تنی پوستی بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان بازسازی شناختی معنایی و خوددلگرم سازی به طور معناداری باعث کاهش خستگی مزمن شدند. مقایسه درمان‌ها نیز نشان داد که خوددلگرم سازی موثرتر از بازسازی شناختی معنایی در متغیر خستگی مزمن بوده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بازسازی شناختی معنایی می‌تواند منجر به کاهش خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی شود. گرچه به صورت مستقیم تاکنون پژوهشی در خصوص اثربخشی بازسازی شناختی معنایی بر خستگی مزمن انجام نشده بود، لیکن اثربخشی این درمان در پژوهش‌هایی که به بررسی متغیرهای روانشناختی پرداخته بودند، تایید شد که از آن جمله پژوهش کریمی و همکاران (۱۳۹۳)، پژوهش بهزادی و عسگری (۱۳۹۷) و پژوهش کلانتری و همکاران (۱۳۸۰) همسو بودند.

در تبیین یافته حاصل از پژوهش حاضر می‌توان گفت در رویکردهای شناختی تمام مشکلات عاطفی و روانشناختی افراد از شناخت‌واره‌ها، خطاهای فکری، تحریف‌های شناختی و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی ناشی می‌شود. از دیدگاه شناختی، افراد در مراودات اجتماعی و رخدادهایی هستند که برایشان اتفاق می‌افتد و اکثرا به هنگام ادراک و تفسیر وقایع دچار خطاهای فکری از قبیل اغراق، فاجعه‌سازی، تحریف، نتیجه‌گیری شتاب‌زده، تعمیم مبالغه‌آمیز و ... می‌شوند. از این رو وقایع و اتفاقات را عامل اصلی ناراحتی و مشکلات خود می‌پندارند. این در حالی است که وقایع و رویدادها به خودی خود نمی‌توانند باعث ایجاد مشکلات روانشناختی در افراد شود، بلکه شیوه فکری و پردازش اطلاعات و معنادهی به وقایع یا همان تغییر رویدادهاست که این گونه احساسات و هیجانات منفی را در افراد ایجاد می‌کند (سلیمی، ۱۳۸۸). از طرفی برانگیختن هیجان، ایجاد انگیزه و فنون تجربه گرایانه که فعال‌کننده تجارب پدیدارشناختی و احساسات تازه هستند نیز می‌توانند در فرآیند تغییر نقش اساسی داشته باشند. ممکن است لازم باشد تا بیمار با کمک افکار و رفتارهای تازه‌ای با واقعیت روبرو شود تا به این ترتیب در سطح هیجانی نیز اهمیت وجودی یک پاسخ منطقی یا به زبان ساده طرز تفکری جدید را تجربه کند. درمانگران شناختی کمک می‌کنند تا از طریق آزمایش‌های رفتاری افکارشان را به صورت عملی دربیاورند و بینش را به تجربه عملی تبدیل کنند این در حالی است که بحث منطقی و اراده اطلاعات تصحیح کننده حتی وقتی مراجع به لحاظ عقلانی شواهد منطقی را بپذیرد، اغلب در تغییر واکنش‌های عاطفی موثر نیست چون معانی در سطح اختصاصی خود پردازش می‌شوند اما به نظر می‌رسد که در سطح بازنمایی دلالتی (ضمنی) معانی با هیجان ارتباط پیدا می‌کنند (آتش‌فراز، ۱۳۹۰). دو درمان اصلی تحت مقوله بازسازی شناختی عبارتند از درمان عقلانی هیجانی رفتاری (الیس، ۱۹۶۲) که ادعا می‌کند منطقی نبودن علت اصلی مشکلات عاطفی است و بر بازسازی باورهای غیرمنطقی تاکید می‌کند و درمان شناختی (بک، ۱۹۷۹) که بر چالش با افکار خودآیند تاکید دارد تا باورهای غیرمنطقی. در عین حال هدف هر دو بازسازی شناختی است (سلیمی، ۱۳۸۸). افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی توانستند به کمک بازسازی شناختی معنایی از خودگویی‌ها، انتظارات یا باورهایی که منعکس‌کننده شیوه‌های ناموثر تفکر درباره خود، دیگران و آینده است آگاه شوند. سپس راهنمایی شدند که ارتباط بین این باورهای منفی و تجارب هیجانی خود را دریافته و نهایتا درمانگر و مراجع به شیوه‌های گوناگون برای شناسایی، خلق و ارزیابی و راهکارهای ایجاد تفکرات سازگارانه با هم همکاری می‌کنند (آتش فراز، ۱۳۹۰). در نهایت تکنیک‌های درمان بازسازی شناختی معنایی منجر به کاهش خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی در گروه آزمایش بازسازی شناختی معنایی شد.

همچنین، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد خوددلگرم سازی می‌تواند منجر به کاهش خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی شود.

نتایج حاصل از اثربخشی خوددلگرم سازی در پژوهش حاضر با یافته‌های اثربخشی این درمان بر روی سایر متغیرهای روانشناختی که در پژوهش‌های آقایوسفی، مهمان نوازان و دهستانی، ۱۳۹۴؛ سلیمی بجستانی، فرکوراوند و یونسی، ۱۳۹۴؛ سهرابی، درتاج و لطفی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

عظیمی، ۱۳۹۹؛ علی صوفی، فرنام و شیرازی، ۱۳۹۷؛ عسلی و سلیمی بجستانی، ۱۳۹۲؛ و علی اکبری دهکردی، علیپور، مهمان‌نوازان، ۱۳۹۵انجام دادند، همسوست.

دلگرمی به طور ساده به میل خطر کردن و تمایل به تحمل سختی‌ها برمی‌گردد. دلگرمی نوعی انرژی درونی است که به ما امکان تشخیص اهداف متناسب زندگی را در جهتی صحیح فراهم می‌کند (یانگ، میلرن و بلاگن،[1] ۲۰۱۰). دلگرمی دادن نقش مهمی در کاهش منفی‌گرایی در میان افراد جامعه، تعارضات بین اعضا، پیشرفت در رفتار اجتماع پسندانه و غلبه بر الگوهای فکری غیرمنطقی دارد (کارنز و کارنز،[2] ۱۹۹۸). باهلمن و دینتر (۲۰۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد پس از شرکت در برنامه دلگرم سازی شوناکر خود را بسیار با جرات‌تر و بردبارتر از گذشته گزارش کرده‌اند. در جلسات خوددلگرم سازی بر تفکر مثبت، هدف‌گرایی، بررسی نقش خود در شرایط دشوار، شناخت و مبارزه با اشتباهات اساسی زندگی پرداخته شد (سلیمی بجستانی و عسلی طالکویی، ۱۳۹۲). لذا افراد موفق شدند در هر جلسه خود را در شناسایی مسائل و ایجاد چالش‌های پیش‌رو مقاوم‌تر کنند.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخش‌تر بودن خوددلگرم سازی نسبت به باز سازی شناختی معنایی در کاهش خستگی مزمن در افراد مبتلا به روان تنی پوست بود.

بیماری‌های «روان‌تنی» بیماری‌های جسمی هستند که عوامل روانی در شروع و تشدید آن‌ها تأثیر دارند و به صورت تسهیل‌کننده عمل می‌کنند. درمجموع این افراد معمولاً از اعتمادبه‌نفس کمتری برخوردارند و از موقعیت اجتماعی خود اطمینان کافی ندارند. باز سازی شناختی روشی است که نوعی بازنگری و باز سازی تفکر را در دل خود دارد و به تسهیل، شناسایی و مواجهه خطاهای فکری، باورهای غیرمنطقی، تحریف‌های شناختی و افکار خود آیند کمک می‌کنند. از طرفی، از آنجا که در جلسات درمان خود دلگرم‌سازی یکی از هدف‌های درمان، پذیرش اشتباهات و جرات‌پذیری اینکه فرد ناکامل است و نیز فرد چگونه می‌تواند روابط مثبت با خود و دیگران ایجاد نماید به فرد مبتلا به روان‌تنی پوستی کمک کرد تا در جهت کاهش خستگی مزمن خود تلاش کند. هر دو درمان مفید واقع شد اما در این بین درمان خوددلگرم سازی کارآمدتر شناخته شد و این شاید به دلیل شناسایی و بررسی افکار فرد مبتلا به روان‌تنی پوستی به عنوان علل ناراحتی و آشفتگی و شناسایی توالی میان شناخت‌ها و انگیزه‌ها، رفتارها و احساس‌های آن‌ها بود. سنجش افکار اتوماتیک و تحریفات شناختی نیز باعث شد فرد مبتلا متوجه شود که خودش با تکرار افکار نامعقول باعث آشفتگی خود می‌شود. در دلگرم‌سازی این واقعیت وجود دارد که اگر چه در دنیای ما هیجان‌های مثبت و منفی وجود دارند ولی این ادراک شخص از هیجانات است که رویکرد او را در زندگی نشان می‌دهد (اکستاین و کوک،[3] ۲۰۰۵). خوددلگرم‌سازی هم هدف شخصی و هم هدف اجتماعی دارد. آنچه مهم است داشتن دید مثبت نسبت به مسائل اطراف است. اما بسیاری از افراد این گونه نیستند و با احساس عدم کفایت و حقارت زندگی می‌کنند (باهلمن و دینتر، ۲۰۰۱). دلگرمی قویا با فسلفه خوش بینانه زندگی همبسته است، اما یاس[4] که اکثر اوقات با بدبینی مترادف است، بر نبود اعتقاد به توانایی‌های فرد در یافتن راه‌حل‌ها و ایجاد حرکت‌های مثبت مبتنی است (اکستین و کوک، ۲۰۰۵) و همین عوامل موجبات فراهم آوردن خستگی مزمن در افراد را فراهم می‌نماید.

در مجموع هر دو روش درمان باز سازی شناختی و خود دلگرم سازی برای افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی در کاهش خستگی مزمن آنان سودمند و اثرگذار بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از پروتکل های درمان باز سازی شناختی معنایی و نیز خوددلگرم سازی می‌توانند نقش مؤثری در کاهش خستگی مزمن افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی ایفا کنند. از آن‌جا که عوامل روانی و به ویژه خستگی مزمن نقش مهمی در بیماری‌های جسمی و به ویژه بیماری‌های پوستی بازی می‌کنند، ارائه‌ی آموزش‌های باز سازی شناختی معنایی و خوددلگرم‌سازی به بیماران پوستی، نه‌تنها می‌توانند به عنوان یک درمان کمکی و حمایتی سبب کاهش خستگی مزمن، استفاده بهتر و کارآمدتر از راهبردهای رویارویی و ... بیماران شوند، بلکه می‌توانند روند درمان را تسریع بخشیده و باعث کاهش هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات درمانی گردند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی در بیمارستان بانک ملی تهران اشاره کرد. همچنین از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر انجام نمونه‌گیری به صورت دردسترس، پایین بودن حجم نمونه، عدم ارزیابی سابقه روانی شرکت‌کنندگان در پژوهش و نیز عدم توجه به مدت و شدت بیماری

1 Yang, Milliren & Blagen
2 Cams & Carns
3 Eckstein & Cooke
4 discouragement

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

در هر شرکت‌کننده بود. لذا با توجه به موارد ذکر شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بالاتری استفاده شده و توجه به سوابق روانی، مدت زمان و شدت بیماری در هر شرکت‌کننده شود. در صورت امکان، جلسات پیگیری نیز مرتبا انجام گردد تا مشخص شود آیا مداخلات روان‌شناختی انجام شده بر روی افراد مبتلا به روان‌تنی پوستی، اثرخود را حفظ کرده‌اند یا خیر.

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همچنین از عوامل بیمارستان بانک ملی شهر تهران که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است که با کد IR.IAU.SARI.REC.1398.161 در سامانه کمیته اخلاق علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری ثبت شده است. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر بدون حمایت مالی صورت گرفته است.

منابع

آتش‌فراز، س. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی مداخله بازسازی شناختی معنایی و بازسازی شناختی تمثیلی بر کاهش سطح اعتیادپذیری نوجوانان پسر منطقه متوسطه. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*. تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.

اشرفی، م.، جمهری، ف.، نیکنام، م.، و رفیعی پور، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی روش بازسازی شناختی بر کانون کنترل سلامت و خودمراقبتی در زنان مبتلا به فشار خون بالا، *مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰*، ۲۰۰-۱۹۱.

آقایوسفی، ع.، مهمان‌نوازان، اشرف.، و دهستانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی شوناکر مبتنی بر نظریه آدلر بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان سرپرست خانوار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت. ۲(۳)*، ۱۵-۱

ایرانمنش، ا.، ثابت، م.، بلیاد، م.، و تاجری، ب. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت جرئت‌مندی و ارتباط موثر بر ترس از ارزیابی منفی در بیماران مزمن پوستی. *مطالعات ناتوانی، ۱۰(۱۶۱)*. ۱-۸.

بهزادی، ا.، و عسگری، پ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی مزمن و احساس گرفتاری در زنان شاغل، *زن و فرهنگ، ۹(۳۶)*، ۸۵-۷۵.

ترکاشوند، ف.، رضائیان، م.، شیخ‌فتح‌الهی، م.، محمدرضاخانی‌نژاد، س.، حاتمی، پ.، و بیدکی، ر. (۱۳۹۳). بررسی شیوع برخی اختلالات روان‌پزشکی در افراد بهبودیافته از بیماری لیشمانیوز جلدی در شهرستان رفسنجان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۴*، ۸۹۴-۸۷۹.

ثمین، ط.، و اخلاقی کوهپایی، ح. (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی بر مبنای کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و خستگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، *روانشناسی سلامت، ۸(۲۹)*، ۱۰۱-۱۱۸.

رحیمیان بوگر، ا.، و رضایی، ع. (۱۳۹۱). کیفیت زندگی در بیماران دچار خستگی مزمن، *روانشناسی بالینی، ۴(۳)*، ۴۳-۵۲.

سعیدی دهاقانی، س.، باباپور خیرالدین، ج.، و اسماعیل‌پور، خ. (۱۳۹۵). مقایسه باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به خستگی مزمن و افراد عادی، *پژوهش در سلامت روانشناختی، ۲(۱۰)*، ۶۸-۷۴.

سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۸۸). پروتکل مشاوره گروهی آدلری. *مجله رشد مشاور مدرسه، ۶ (۲)*، ۶۲-۷۴.

سلیمی بجستانی، حسین.، فرکوراوند، پرستو.، و یونسی، جلیل. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی بر سلامت روان زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)*، ۶۷-۷۸.

سهرابی، ز.، درتاج، ف.، و لطفی عظیمی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی مبتنی بر نظریه آدلر بر خودکارآمدی تصوری و بهزیستی روانشناختی، *نشریه پژوهش در نظام‌های آموزشی، ۱۴(۵۰)*، ۳۷-۵۵.

شبه، ز.، فیضی، ا.، افشار، ح.، حسن‌زاده کشتلی، ع.، و ادیبی، پ. (۱۳۹۵). شناسایی نیم‌رخ‌های اختلالات روان‌تنی و ارتباط آن با مشکلات روانی در یک جمعیت بزرگسال ایرانی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶(۱۳۷)*، ۸۲-۹۴.

صادقی، ف.، ابوالقاسمی، ع.، کاظمی، ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مثبت نگر بر جهت‌مداری زندگی زنان دارای سندرم خستگی مزمن، *روانشناسی بالینی، ۲(۴۲)*، ۲۳-۳۱.

عبدی زناب، م.، بشارت، م.، و داوودی، س. (۱۳۹۷). مقایسه شدن نشانه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری‌های پوستی با افراد سالم، *پوست و زیبایی، ۹(۱)*، ۱۳-۲۷.

عسلی، س.، و سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی بر کاهش اضطراب امتحان و کمال گرایی دانش آموزان دختر، *فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۴(۱۴)*، ۵۷-۷۴.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

علی اکبری دهکردی، م.، علیپور، ا.، و مهمان‌نوازان، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی بر بهزیستی اجتماعی و روان شناختی زنان معتاد، *پژوهش‌های روانشناسی، ۶(۲۳)*، ۵۱-۶۴.

علی صوفی اله، ن.، فرنام، ع.، و شیرازی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش خود دلگرم سازی شوناکر بر احساس تنهایی دانشجویان. *دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۱ (۴)*، ۱۳۵-۱۲۹.

فتحی، راضیه.، علیزاده، حمید. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش خوددلگرم‌سازی شوناکر بر سلامت روانی و رضایت از زناشویی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۹*، ۱۲۱-۱۰۳.

فریدحسینی، فرهاد.، ترکمانی، مرضیه.، لایق، پوران.، ناهیدی، یلدا.، و ناهیدی، مهسا. (۱۳۹۵). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس. *مجله دانشکده علوم پزشکی مشهد، ۵ (۵۹)*، ۳۳۷-۳۴۴.

قمری، ح.، دستانی، ث.، و قدیمی، س. (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در زنان مبتلا به سندرم خستگی مزمن، *فصلنامه علمی پژوهش های مشاوره، ۱۳(۵۰)*، ۱۰۱-۱۱۸.

کریمی، ع.، رضایی شریف، ع.، و قمری گیوی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد بازسازی شناختی بر باورهای غیرمنطقی افراد مبتلا به اختلال سومصرف مواد. *کنفرانس آسیب شناسی، ریشه یابی و ترمیم در روانشناسی*

کلانتری، م.، مولوی، ح.، و جعفری، د. (۱۳۸۰). اثربخشی آموزش بازسازی شناختی بر کاهش درماندگی آموخته شده دانش آموزان پسر همدان، *تازه‌های علوم شناختی، ۳(۴)*، ۱۰-۱۵.

نسائیان، عباس.، جنیدی، منصور.، اسدی گندمانی، رقیه.، و امیری، محسن. (۱۳۹۶). مقایسه اختلال‌های روانی و سلامت عمومی در افراد با و بدون ویتیلیگو، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۹ (۲)*، ۲۷۱-۲۷۸.

نصری، ص.، نجاریان، ب.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و شکر شکن، ح. (۱۳۸۱).مقایسه اثربخشی دو روش روانشناختی در کاهش علائم نشانگان خستگی مزمن در پرستاران زن شهر تهران، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۲(۱)*، ۵۳-۸۸.

نصری، صادق.، و یلان، محبوبه. (۱۳۹۴). مقایسه استرسورها و شیوه‌های مقابله در بیماران مبتلا به اختلال‌های پوستی و افراد بهنجار. *روانشناسی سلامت. ۳ (۱۵)*، ۱۱۴-۱۰۱.

Asikhia, O.A. (2014). Effect of cognitive restructuring on the reduction of mathematics anxiety among senior secondary school students in Ogun State, Nigeria. International *Journal of Education and Research.2*(2),1–20.

Ayala-Fontánez, N., Soler, D.C., & McCormick, T.S. (2016). Current knowledge on psoriasis and autoimmune diseases. *Psoriasis (Auckl).6*,7–32.

Bahlmann, R., & Dinter, L.D. (2001). Encouragement self-encouragement.An Effect stydy of the Encouragement Training Schoenaker-Concept. The Journal of Individual Psychology, 37(57), 273-288.

Birlea, S.A., Serota, M., & Norris, D.A. (2020). *Nonbullous skin diseases: alopecia areata, vitiligo, psoriasis, and urticaria. In: Rose NR, Mackay IR, editors.* The autoimmune diseases. 6th ed. Academic Press.

Carns,M.R, & Carns,W. (1998). A review of the professional literature concerning the consistency of the definition and application of Adlerian encouragement. *The Journal of Individual Psychology, 54* (1), 72 - 89.

Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., … & Wallace, E. P. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychometric Research, 37(*2), 147-153.

Eckstein, D., & Cooke, P. (2005). The seven methods of encouragement for couples. *The Family Journal, 13*(3), 342- 350.

Finlay, A.Y. (2009). The burden of skin disease: quality of life, economic aspects and social issues. *Clin Med (Lond*). 9(6), 592– 604.

Iorizzo, M., & Tosti, A. (2019). *alopecia areata and alopecia areata incognita.* In: Miteva M, editor. Alopecia. Clinics,66(8), 59–66.

Kranke, D., Weiss, E.L., Gin, J., Der-Martirosian, C., Brown, J.L.C., Saia, R., & et al. (2017). A culture of compassionate bad asses: A qualitative study of combat veterans engaging in peer-led disaster relief and utilizing cognitive restructuring to mitigate mental health stigma. Best Practices in Mental Health: *An International Journal.13*(1), 20–33.

KrKrupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The Fatigue Severity Scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology, 46*(10), 1121-1123.

Manga, P., Arowojolu, O.A. (2014). Vitiligo. In: Reference module in biomedical sciences. *Contact dermatitis, 13*(2), 124-125.

Mollaoglu, M.(2009). Fatigue in people undergoing hemodialysis. Dialysis & Transplantation Journal. 38 (6), 216-220.

Orion, E., & Wolf, R. (2014). Psychologic factors in the development of facial dermatoses. *Clinics in Dermatology* , *32*(6),763-766.

Silva, L.A, Santos, I., Gomes, A.M., Souza, M.D., Cunha, A.L., & et al. (2017). Chronic psychiatric client: socio-cognitive reconstruction in the institutional care process/Cliente com enfermidade psiquiatrica cronica: reconstrucao sociocognitiva no contexto do processo de cuidado institucional/Cliente con enfermedad psiquiatrica cronica: reconstruccion socio-cognitiva en el contexto del proceso de atencion institucional. *Enfermagem Uerj. 25(*1),128-39.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]

Yang, J., Milliren, A., & Blagen, M. (2010). *The psychology of courage: An Adlerian handbook for healthy social living*: Taylor & Francis .

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-14]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.19.5]