

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس

Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety, Quality of Life, and Psychological Distress in Patients with MS

Abstract

Background and Objective: Multiple sclerosis (MS) is an autoimmune disease that targets the central nervous system. This study aimed to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on anxiety, quality of life, and psychological distress in patients with MS.

Method: The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design with two experimental groups and a control group. The statistical population was all patients with MS who referred to medical centers and the MS Association of North Khorasan Province during the first six months of 2024. From the statistical population, 45 patients were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and a control group. The research instruments were Beck Anxiety Inventory (1988), World Health Organization Quality of Life (1996), and Kessler Psychological Distress (2003).

Findings: The findings showed that compassion-focused therapy and acceptance and commitment-based therapy are effective on anxiety, quality of life, and psychological distress in patients with MS ($p < 0.05$). Also, compassion-focused therapy is more effective on quality of life and psychological distress in patients with MS ($p < 0.05$).

Conclusion: Given the effectiveness of both treatment methods, it is suggested that these treatments be given more attention in controlling the psychological symptoms of patients with MS.

Keywords: : Compassion-focused therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Anxiety, Quality of life, Psychological distress, MS

سیدمجتبی عقیلی (نویسنده مسئول) گروه علمی، دانشگاه پیام نور، تهران،
علی حسن زاده قلعه نو

کارشناس ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، گرگان،

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروز (ام اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می دهد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه های اضطراب بک (۱۹۸۸)، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) و پریشانی روان شناختی کسلر (۲۰۰۳) بود. یافته ها: یافته ها نشان که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است ($p < 0.05$). همچنین درمان متمرکز بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس دارد ($p < 0.05$). نتیجه گیری: با توجه به اثربخشی هر دو روش درمانی، پیشنهاد می شود این درمان ها در کنترل علائم روان شناختی بیماران مبتلا به ام اس بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

کلید واژه: تحلیل رفتار متقابل، استرس تحصیلی، صمیمیت اجتماعی، دانش آموز ناسازگار.

تاریخ ارسال : ۱۴۰۲/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش : ۱۴۰۳/۰۷/۰۵

مقدمه

مولتیپل اسکلروز^۱ (ام اس) یک بیماری خود ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را هدف قرار می دهد و موجب تخریب میلین و آسیب به آکسون های مغز و نخاع می شود (هانکوک، راثو و گالیوتو^۲، ۲۰۲۴)، درگیر شدن ماده سفید و خاکستری مغز علائم و نشانگان بالینی را ایجاد می کند که باعث نقص های جسمانی، ناتوانی و تغییرات شناختی و روانی می شود و ماهیت خودایمنی دارد؛ به این معنی که دستگاه ایمنی بدن، علیه قسمتی دیگر از بدن به عنوان یک عامل بیگانه واکنش غیرعادی نشان می دهد (درتاج، علی اکبری دهکردی، مقدسی و علی پور، ۱۴۰۰). این آسیب توانایی بخش هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال ها مختل می کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می شود (تامپسون، بانول، بارخوف^۳، ۲۰۱۸). دامنه سنی شروع این بیماری بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰ سال است و میزان شیوع آن در زنان دو تا سه برابر مردان است (ژنگ، جیانگ، هوانگ و وانگ^۴، ۲۰۲۴). بیماری ام اس با نسبت ابتلا ۲ تا ۳ برابری زنان به مردان (دابسون و گیووانونی^۵، ۲۰۱۹)، اغلب در بزرگسالان ۱۵ تا ۵۰ سال بروز می نماید (یوسفی، ضرغام حاجبی، سراوانی، ۱۴۰۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس منجر به ناتوانی و ایجاد انواع اختلال های حسی و حرکتی در فرد بیمار می شود (شمس، پاشنگ، صداقت، ۱۴۰۰). و با مشکلاتی مانند شدت و دفعات عود بیماری، پایین بودن حمایت اجتماعی ادراک شده، اضطراب و مشکلات عاطفی و اقتصادی، و اختلال های روانشناختی همراه است (بندیکت، آماتو، دلوکا^۶، ۲۰۲۰).

مطالعات انجام شده، نشان می دهد که اضطراب یکی از مهمترین عامل بیماری ام اس می باشد و اضطراب می تواند ۱۵/۸ تا ۵۷ درصد از بیماران مبتلا به ام اس را تحت تأثیر قرار دهد (تایول و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب احساس ناخوشی، نگرانی یا تنش است که در پاسخ به شرایط تهدیدکننده یا فشارزا ارائه میشود که منبع آن قابل شناسایی نبوده و با تغییرات جسمانی مانند تپش قلب، سردرد و تنگی نفس همراه است (کوو^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب به صورت معمول جنبه آسیب شناختی ندارد و به عنوان پاسخی سازگارانه به بسیاری از موقعیت ها در نظر گرفته می شود و در شرایطی که با عملکرد فرد تداخل کند ناسازگارانه است (فیشستروم^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب ناسازگارانه نیز در بهزیستی عمومی، مهارت های اجتماعی تحولی و زندگی اجتماعی افراد تداخل میکند و با مشکلات منفی متعددی شامل کاهش کیفیت زندگی و نقص در کارکردهای شناختی مرتبط است (سیمارد^۹ و همکاران، ۲۰۲۲).

¹ Multiple sclerosis

² Hancock, Rao and Gallioto

³ Thompson, Banwell, Barkhoff

⁴ Zheng, Jiang, Huang and Wang

⁵ Dobson and Giovannoni

⁶ Benedict, Amato, DeLuca

⁷ Ko

⁸ Fishstrom

⁹ Simard

اکثر افراد مبتلا به ام اس که از اضطراب رنج می‌برند، مدت بیماری کوتاه‌تر، سطح ناتوانی کمتر و سن شروع بیماری پایین‌تر دارند که پیامدهای آن برای بیماران شامل کاهش کیفیت زندگی است (جعفری و همکاران، ۱۴۰۲). کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف بهداشتی برای ارتقاء سلامت افراد و مراقبت از سلامتی، از جمله مهمترین ابعاد موثر در جهت بهبود زندگی افراد ناتوان و دارای بیماری‌های خاص شناسایی شده است (کوپایسکو و همکاران، ۲۰۲۴). کیفیت زندگی مطلوب به شرایطی اطلاق می‌شود که فرد از نظر اقتصادی، عاطفی، جنسی، فرهنگی، اجتماعی و معنوی احساس رضایت داشته باشد (کانگ و لی، ۲۰۲۴)، و ابعاد فیزیکی، اجتماعی و روانی دارد و در واقع احساسی است که فرد مبتلا از شرایط زندگی‌اش تحت تأثیر بیماری خود دارد (تتولی و بی‌هارواج، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین بیماری ام اس و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد و علائم جسمی و مشکلات جسمانی به طور مستقیم بر تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارند (کولتونیک و همکاران، ۲۰۲۲).

از دیگر اختلالات روانی که افراد مبتلا به ام اس با آن مواجه‌اند، پریشانی روانشناختی است (تشر، ۲۰۲۰). پریشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به عوامل تنیدگی‌زا و مزمن تجربه می‌شود (سونگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، پریشانی روانشناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (دانش‌نیا و همکاران، ۱۳۹۹). پریشانی روانشناختی به دلیل ایجاد اختلال در سلامت روان و پردازش شناختی و هیجانی کارآمد، ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (کیو و همکاران، ۲۰۲۴). بر این اساس پژوهشگران بر این باورند که پریشانی روانشناختی از یک منظر همان میزان اضطراب، افسردگی و استرسی است که فرد تجربه می‌کند (یو، لی، ژو و کائو^۲، ۲۰۲۲). به عبارت دیگر، پریشانی روانی برای توصیف دوره‌ای کوتاه‌مدت اما حاد از یک آشفتگی خاص روانی به کار می‌رود که ابتدا با مشخصه‌های افسردگی یا اضطراب تظاهر می‌کند و می‌تواند نوعی نابهنجاری تلقی شود که مسئول تفکر و رفتار ناسازگارانه بوده و نیازمند مداخله تخصصی است (باکستر و همکاران، ۲۰۲۴). در این شرایط شور و شوق زندگی کاهش یافته، احساس دلشکستگی و ناامیدی به حاکمیتی غالب تبدیل می‌گردد پریشانی روانی شدید یک پیش‌بینی کننده برای بیماری‌های روانی جدی مثل اختلالات شدید افسردگی و اضطراب است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰).

بیماران مبتلا به ام اس درگیر مشکلات روان‌شناختی متعددی در حوزه‌های فردی، تعاملی و در ارتباط با بیماری می‌باشند. بر این اساس، ضروری است به منظور بهبود وضعیت روانی، کیفیت زندگی و سازش‌پذیری آن‌ها، برنامه‌ها و مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر این مشکلات تدوین و ارائه شود (مک‌گینلی و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از این درمان‌ها استفاده از رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت^۳ است (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان متمرکز بر شفقت از علوم عصب‌شناسی،

¹. Song

². Yu

³ Compassion-focused therapy

روانشناسی اجتماعی، رشد و مدل‌های درمانی بسیاری برگرفته شده است که سه اصل ذهن‌آگاهی، مهربانی با خود و حس اشتراک با انسانیت را دربر می‌گیرد (جوهانسن^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). محور اصلی این درمان، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ از این رو درمانگر از طریق ایجاد و افزایش یک رابطه شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن، و یا خودانتقادی، به آنها کمک می‌کند (رضایی و ایزدی، ۱۴۰۳). اصول اساسی در درمان متمرکز بر شفقت، به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (فراسر و گریگوری^۲، ۲۰۲۴). طبق پژوهش‌های صورت گرفته عامل کلیدی و تاثیرگذار در اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت استفاده از سازه‌های هشیار کننده نسبت به مشکل است؛ به عبارت دیگر درمان مبتنی بر شفقت نوعی راهبرد هیجان‌محور است، چرا که مراجعان را نسبت به هیجان خود آگاه می‌کند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۲). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (ورابل^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در این راستا نتایج مطالعات نشان دهنده اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب (میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۱)، کیفیت زندگی (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹؛ سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۲)، پریشانی روان‌شناختی (کاووسی و همکاران، ۱۴۰۰) بود.

رویکرد درمانی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان مبتنی بر فلسفه زمینه‌گرایی عملکردی و نظریه چارچوب رابطه‌ای ذهنی است که بر چگونگی ایجاد رنج توسط ذهن انسان، روش‌های بی‌فایده مقابله با آن و نیز رویکردهای زمینه‌ای جایگزین آن می‌پردازد (اوراموتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر روی نشانه‌ها داشته و بیشتر تمرکز خود را بر روی افزایش کیفیت زندگی افراد می‌باشد (هیز^۵، ۲۰۱۳). اثرگذاری این شیوه درمانی در درمان مشکلات روانشناختی نسبت به سایر درمان‌های موج سوم کارآمدی به نسبت بیشتری دارد تمایز و برتری آن به این خاطر است که از اصول زیربنایی مانند پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا پابندی توأم با تمایل و عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته استفاده می‌نماید (لوین^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل

¹ Johansen

² Fraser and Gregory

³ Vrabel

⁴ Oramoto

⁵ Hayes

⁶ Levin

متعهدانه (لوک^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (نعمت‌پور و همکاران، ۱۴۰۲). در واقع هدف این درمان تلاش برای دستیابی به یک زندگی پرمعنا و اصیل است تا در نهایت انعطاف‌پذیری روانی فرد افزایش یابد (پترسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج مطالعات پیشین نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب (ابراهیمی صدر و محمودعلیلو، ۱۴۰۱؛ صفری موسوی و همکاران، ۱۳۹۹؛ زاروتی و همکاران، ۲۰۲۲)، کیفیت زندگی (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹؛ خلعتبری و همکاران، ۱۳۹۹؛ گدیک و ایدیمن، ۲۰۱۹، رودریگز و فرناندز، ۲۰۱۹). پریشانی روان‌شناختی (رهبر کرباسدهی و همکاران، ۱۳۹۹؛ وین و همکاران، ۲۰۱۹؛ جوزفن و همکاران، ۲۰۱۹) بود.

با توجه به اینکه هیچ پژوهشی در راستای مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به ام اس در دسترس نیست، در این پژوهش پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آنها را که معتقدند این درمان‌ها بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر هستند را مورد بررسی قرار دهد و درمان روش مناسب برای این بیماران را مشخص نماید. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی در بازه زمانی شش ماهه اول سال ۱۴۰۳ بودند. از جامعه آماری تعداد ۴۵ بیمار به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، سابقه ی ابتلا به ام اس حداقل به مدت سه سال، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و یا گروهی بود و معیارهای خروج شامل عدم شرکت در بیش از ۱۰ درصد جلسات، ابتلا به سایر اختلالات روانی جدی، استفاده از داروهای روانپزشکی بودند.

ابزار

¹ Luke

² Peterson

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه اضطراب^۱: پرسشنامه سنجش اضطراب بک، توسط دکتر بک (بنیان گذار شناخت درمانی) و همکارانش در سال ۱۹۸۸ تدوین شد. این پرسشنامه برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می گیرند، تجربه می کنند. مطالعات انجام شده نشان می دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). پرسشنامه اضطراب بک در پژوهش وزیری و همکاران (۱۳۹۴) با روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و همسانی درونی ۰/۹۲ قابل دفاع است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مقیاسی است که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می رود. این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سئوالی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت است و شامل چهار بعد سلامت فیزیکی (۷ سوال)، سلامت روانی (۶ سوال)، ارتباط اجتماعی (۳ سوال) و سلامت محیط (۸ سوال) به همراه دو سوال کلی درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سوالات براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره دهی می شوند. تمامی نمرات برای قرار گرفتن در مقیاس ۴ تا ۲۰ برای هر بعد تبدیل می شوند و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است نکته مهم این است که نمره کلی برای این ابزار محاسبه نمی شود. ویژگی های روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم کوتاه در جوامع و فرهنگ های مختلف ارزیابی شده است (باروس و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین نسخه فارسی این ابزار در جامعه ایران نیز توسعه یافته است که روایی و پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۲) آن مورد تایید قرار گرفت (رضائی و همکاران، ۱۳۹۹).

پرسشنامه پریشانی روانشناختی^۲: پرسشنامه پریشانی روانشناختی توسط کسلر^۳ و همکاران در سال ۲۰۰۳ به صورت ۱۰ سئوالی تنظیم شد. پاسخ سوالات به صورت ۵ گزینه ای تمام اوقات=۴، بیشتر اوقات=۳، بعضی اوقات=۲، به ندرت=۱ و هیچ وقت=۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می شود. بر این اساس حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر نمره برابر ۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بیشتر است. نتایج پژوهش اندرسون و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. یعقوبی (۱۳۹۴) هم روایی سازه ای تاییدی پرسشنامه را مطلوب و همبستگی سوالات با کل آزمون را ۰/۷۴ گزارش کرده است؛ همچنین پایایی

^۱ Anxiety questionnaire

^۲ Psychological distress questionnaire

^۳ Kessler

تصنیف و اسپیرمن-براون ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش رمضانی و بختیاری (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مداخله درمانی

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پژوهش حاضر از برنامه مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۲) اقتباس شده است که محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل می باشد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	اهداف	محتوا
اول	آشنایی، ساخت‌دهی به گروه، شناسایی اهداف	آشنایی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، برقراری اتحاد درمانی، ایجاد فضای امن، راحت و دوستانه، آشنایی با قوانین و هنجارهای گروه و توافق بر سر آنها، شناسایی و مقابله با رفتارهای مشکل اعضا، پرداختن به مشکلات احتمالی اعضا
دوم	شناسایی رفتارهای مشکل اعضا و معرفی درمان ACT	بررسی تکالیف، شناسایی رفتارهای مشکل اعضا، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و پابندی، استعاره دو کوه
سوم	ایجاد مفهوم درماندگی خلاق	بررسی تکالیف، بیان تفاوت دنیای درون و بیرون، استفاده از استعاره های تخته، گودال و مسابقه طناب‌کشی با هیولا، افزایش آگاهی نسبت به برنامه کنترل، تجربه ناکارآمدی آن، کاهش وابستگی به برنامه کنترل، ایجاد تمایل به رهاکردن برنامه ناکارآمد کنترل، کمک به اعضا در جهت پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی
چهارم	زمان حال	بررسی تکالیف، بررسی گذشته و آینده، استفاده از استعاره ماشین زمان، افزایش آگاهی هشیارانه نسبت به تجربیات زمان حال، انتقال مفهوم ذهن آگاهی از طریق تمرین های مرتبط: تنفس، خوردن و راه رفتن آگاهانه و...
پنجم	پذیرش	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، تسهیل فهم معنای تمایل و پذیرش از طریق استعاره های اسکیت کردن و میهمانی همسایه و...، ایجاد تمایل و پذیرش، افزایش توانایی اعضا جهت فضا دادن به احساسات و تجربیات ناخوشایند. مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار که چیزی بیشتر از کلمه یا تصویر نیستند، استعاره برگ های روی رودخانه و تخته
ششم	همجوشی زدایی (گسلش) خود به عنوان زمینه (خود مشاهده گر)	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، کاهش آمیختگی با افکار، نگاه کردن به ذات واقعی افکار، پاسخ به افکار بر مبنای کارآیی به جای تفسیر لفظی آنها، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و سربازان در حال رژه. تمرین ذهن آگاهی، تأثیر همجوشی زدایی در زندگی شخصی و اجتماعی، انتقال مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده گر، با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، آسمان و ... کاهش وابستگی به خود مفهومی شده، ایجاد آگاهی از خود به عنوان زمینه
هفتم	ارزش ها و عمل متعهدانه	بررسی تکالیف، تمرین ذهن آگاهی، سنجش اولیه ارزش ها با استفاده از استعاره چوب جادویی، تصریح ارزش ها، درک تفاوت ارزش ها و اهداف، درک اهمیت زندگی مبتنی بر ارزش. استفاده از استعاره های اسکی کردن و بچه ها در ماشین. تمرین ذهن آگاهی، بحث در مورد ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش ها، ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش ها، شناسایی و گذار از موانع، پیاده کردن ارزش ها به الگوهای عملی مداوم و قابل تجدید، کمک به اعضا برای شکستن اهداف به گام های ملموس، استفاده از استعاره مسافران اتوبوس

هشتم	بررسی فرآیند و تجارب گروه، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون	بررسی فرآیند و تجارب گروه، بررسی مسایل ناتمام، آماده سازی برای خاتمه دادن به گروه، جمع بندی و خاتمه دادن به تجربه گروه.
------	---	---

روند اجرای پژوهش

پس از دریافت کد اخلاق (IR-PNU.REC1403.264) از واحد پژوهش دانشگاه پیام نور، جهت انجام پژوهش، با مراجعه به مراکز درمانی و انجمن ام اس استان خراسان شمالی با روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی، تعداد ۴۵ بیمار با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شد. ابتدا تمامی افراد نمونه در هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و در مرحله بعد گروه آزمایش ۱، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه آزمایش ۲، تحت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (۱ بار در هفته) درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرد و گروه گواه تا پایان پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان از هر دو گروه، پس‌آزمون به عمل آمد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش به افراد گروه گواه نیز اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهش، این مداخله را دریافت خواهند کرد. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان $32/17 \pm 7/25$ بود. از میان شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۸٪ مرد و ۶۲٪ زن بودند. همچنین نتایج نشان داد که ۱۹ نفر (۷۵٪) تحصیلات دیپلم، ۱۵ نفر (۲۹٪) فوق‌دیپلم و ۱۱ نفر (۱٪) لیسانس داشتند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی

متغیر	گروه آزمایش ۱	انحراف معیار	میانگین	گروه آزمایش ۲	انحراف معیار	میانگین	گروه گواه
							انحراف معیار
اضطراب	پیش آزمون	۱۸/۰۶	۶/۸۱	۱۹/۳۳	۷/۶۸	۱۸/۴۰	۷/۷۶
	پس آزمون	۱۳/۲	۶/۶۶	۱۳/۴۶	۷/۴۸	۱۷/۸۰	۷/۶۴
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۵۸/۴۸	۸/۲۴	۵۴/۱۵	۸/۳۸	۵۷/۴۲	۸/۲۲
	پس آزمون	۷۴/۶۴	۷/۴۵	۶۶/۵۶	۸/۵۵	۵۸/۴۴	۸/۴۵
پیش آزمون	۱۶/۸۶	۷/۱۰	۱۶/۰۶	۷/۳۰	۱۵/۵۳	۷/۲۴	

۷/۱۳	۱۵/۸۶	۷/۱۸	۱۱/۸۶	۷/۰۵	۱۱/۲۰	پس آزمون	پیشانی روانشناختی
------	-------	------	-------	------	-------	----------	-------------------

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار اضطراب، کیفیت زندگی و پیشانی روانشناختی را برای مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهند که پس از درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت داشته است. به دلیل آنکه سطوح معنی‌داری ارائه شده آزمون شاپیرو-ویلک در هر دو مرحله و برای متغیرها بیش از ۵ درصد شده است لذا متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند. نتایج آزمون لون نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای تمامی متغیرهای اضطراب ($F=0/712$)، کیفیت زندگی ($F=1/289$) و پیشانی روانشناختی ($F=0/796$) برقرار است ($p<0/05$). آزمون ام‌باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که مقدار آماره ام‌باکس برابر است با $27/43$ و مقدار F برابر است با $1/59$ که با توجه به سطح معناداری $0/081$ معنادار نمی‌باشد و گویای همگنی ماتریس کوواریانس‌ها در میان گروه‌های مختلف متغیر وابسته می‌باشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن است که F به دست آمده، با درجه‌آزادی ۲ و ۲۴ در سطح $P<0/05$ معنادار است. یافته‌های حاصل نشان داد که در متغیرهای پژوهش پس از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد $P<0/05$ و ($Df=24$ و ۲) و ($F=21/36$ و $PillaisTrace=0/57$). در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تاثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	مجموع	df	میانگین	F	سطح	ضریب
		مجذورات		مجذورات		معنی‌داری	اتا
اضطراب	گروه	۲۰۰/۸۰۹	۱	۲۰۰/۸۰۹	۲۵/۵۲	۰/۰۰۰	۰/۴۸۶
	خطا	۳۸۹/۲۱۲	۲۷	۱۴/۴۱			
کیفیت زندگی	گروه	۱۳۱/۶۷۱	۱	۱۳۱/۶۷۱	۶۶/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۱۰
	خطا	۵۳/۷۳۷	۲۷	۱/۹۹			
پیشانی روانشناختی	گروه	۹۱۱/۲۴۳	۱	۹۱۱/۲۴۳	۹۸/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۷۸۵
	خطا	۲۵۰/۰۵۷	۲۷	۹/۲۶			

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در اضطراب ($F=25/52$, $p<0/000$, $\eta^2=0/48$)، کیفیت زندگی ($F=66/15$, $p<0/000$, $\eta^2=0/71$) و پیشانی روانشناختی ($F=98/39$, $p<0/000$, $\eta^2=0/78$) تفاوت معنی‌داری

وجود دارد ($p < 0/05$). ضریب اتا به دست آمده بیانگر این است که تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. در ادامه برای تعیین تفاوت میان اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه روش‌های مداخله بر متغیرهای وابسته

متغیرها	گروه ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
اضطراب	درمان شفقت	گواه	۴-۶	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۴/۳۴	۰/۰۰۰
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۲۶	۰/۰۰۳
کیفیت زندگی	درمان شفقت	گواه	۱۶/۲	۰/۰۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	۸/۱۲	۰/۰۰۲
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۰۸	۰/۰۰۲
پیشانی روانشناختی	درمان شفقت	گواه	-۴/۶۶	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	گواه	-۴	۰/۰۰۰
	درمان شفقت	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۶۶	۰/۰۰۳

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و پیشانی روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس شد ($P < 0/05$). همچنین میان اثربخشی دو روش بر اضطراب و پیشانی روانشناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس تاثیر بیشتری دارد ($p < 0/05$).

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب، کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب بیماران مبتلا به ام اس می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش میرمعینی و همکاران (۱۴۰۱)، ابراهیمی صدر و محمودعلیلو (۱۴۰۱)، صفری موسوی و همکاران (۱۳۹۹)، زاروتی و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان متمرکز بر شفقت به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به خود احساس بهتری پیدا کنند و خود را با مهربانی و پذیرش بیشتری بپذیرند. این نوع درمان به‌ویژه برای بیماران ام اس که با چالش‌های روانی و جسمی متعددی مواجه هستند، بسیار مفید است. اضطراب ناشی از عدم قطعیت در مورد بیماری، عوارض جانبی درمان‌ها و تغییرات ناگهانی در کیفیت زندگی می‌تواند به شدت بر سلامت روان بیماران تأثیر بگذارد. درمان متمرکز بر شفقت با فراهم کردن فضایی امن و حمایتی به بیماران اجازه می‌دهد تا احساسات منفی خود را بدون قضاوت تجربه کنند و در عین حال، به خودشان محبت کنند. این فرآیند نه تنها به کاهش اضطراب کمک می‌کند بلکه می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری و توانایی بیماران در مواجهه با چالش‌های زندگی روزمره شود. علاوه بر این، حمایت عاطفی و تأیید احساسات که در خلال درمان متمرکز بر شفقت به بیماران ارائه می‌شود، می‌تواند موجب افزایش احساس کنترل بر زندگی آن‌ها گردد (میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۱). از دیگر سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر پذیرش تجربیات ناخوشایند، افزایش آگاهی و تغییر رفتارهای هدفمند، می‌تواند به طور موثری اضطراب را در بیماران مبتلا به ام اس کاهش می‌دهد (زاروتی و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس دارد. این یافته با نتایج پژوهش رضائی و همکاران (۱۳۹۹)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، سیمپسون و همکاران (۲۰۲۲)، گدیک و ایدیمان (۲۰۱۹)، رودریگز و فرناندز (۲۰۱۹) همسو بود.

در تبیین این یافته باید خاطر نشان کرد که درمان متمرکز بر شفقت با ایجاد احساس خودپذیری و افزایش تاب‌آوری، به بیماران کمک می‌کند تا بر درد و ناتوانی‌های جسمی خود غلبه کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، روابط اجتماعی است. درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به بیماران کمک کند تا ارتباطات بهتری با دیگران برقرار کنند. احساس همدلی و حمایت عاطفی که در این نوع درمان به دست می‌آید، می‌تواند به ایجاد روابط مثبت و حمایت‌کننده‌تر منجر شود. بیماران که احساس حمایت و همدلی می‌کنند، معمولاً قادرند روابط سالم‌تری با خانواده و دوستان خود برقرار کنند و این امر به نوبه خود بر کیفیت زندگی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد (سیمپسون و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از جنبه‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانایی آن در افزایش احساس رضایت از زندگی است. با پذیرش احساسات منفی و تمرکز بر ارزش‌ها و اهداف زندگی، بیماران قادر به ایجاد زندگی معنادارتری

خواهند بود. این رویکرد می‌تواند به بهبود وضعیت روانی بیماران و افزایش تاب‌آوری آنان در برابر چالش‌های زندگی کمک کند. همچنین، کیفیت روابط اجتماعی نیز از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی به شمار می‌رود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به بیماران کمک کند تا ارتباطات بهتری با دیگران برقرار کنند. با کاهش احساس انزوا و افزایش حس همدلی و ارتباط، بیماران می‌توانند روابط مثبت‌تری با خانواده و دوستان خود داشته باشند. این روابط حمایتی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک کند و احساس تعلق و امنیت را در بیماران تقویت نماید (گدیک و ایدیمن، ۲۰۱۹).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش کاووسی و همکاران (۱۴۰۰)، رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۳۹۹)، وین و همکاران (۲۰۱۹)، جوزفن و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. این یافته اینگونه تبیین می‌شود که از جنبه‌های کلیدی درمان متمرکز بر شفقت، افزایش تاب‌آوری بیماران است. با یادگیری مهارت‌های شفقت‌ورزی، بیماران قادرند به‌طور مؤثرتری با چالش‌ها و مشکلات زندگی خود مواجه شوند. این تاب‌آوری می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا احساسات منفی خود را بهتر مدیریت کرده و در مواجهه با استرس‌های روانی و جسمی، مقاومت بیشتری از خود نشان دهند و به عبارتی منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود (کاووسی و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات منفی و استرس‌های ناشی از شرایط خود مقابله کنند. این رویکردها به بیماران اجازه می‌دهد تا در مواجهه با چالش‌ها، احساس کنترل و قدرت بیشتری داشته باشند. انعطاف‌پذیری بالای هر دو درمان نیز از دیگر ویژگی‌های بارز آن‌هاست. این امکان وجود دارد که درمانگران این رویکردها را با توجه به نیازهای فردی بیماران تعدیل کنند و به این ترتیب، به یک درمان شخصی‌سازی شده و مؤثر دست یابند. این یافته‌ها به درمانگران و متخصصان سلامت روان کمک می‌کند تا در انتخاب روش درمانی برای بیماران مبتلا به ام‌اس با پریشانی، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند (جوزفن و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت، از جمله این که پژوهش بر بیماران مبتلا به ام‌اس خراسان شمالی اجرا شده است و بنابراین تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران باید با احتیاط صورت گیرد. به دلیل محدودیت زمانی، پیگیری نتایج مقدور نبود؛ از این رو اطلاعاتی در مورد تداوم بهبودی وضعیت روانشناختی بیماران به دست نیامد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی دوره پیگیری جهت بررسی تأثیر این مداخله در درازمدت انجام شود. انجام مداخلات درمانی مانند درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به ام‌اس داشته باشد، لذا به مشاوران و روانشناسان شاغل در مراکز خدمات درمانی پیشنهاد می‌شود که از این شیوه‌های درمانی به عنوان یک راهبرد برای بیماران مبتلا به ام‌اس استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران از افراد شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی ندارد و با هزینه نویسندگان انجام شده است.

منابع

- احمدی، سید علی؛ وزیری، شهرام؛ آهی، قاسم؛ لطفی کاشانی، فرح؛ اکبری، محمد اسماعیل. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱(۱): ۳۶-۴۶.
- ابوطالبی حمید، یزدچی نفیسه، اسمخانی اکبری نژاد هادی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۲(۱): ۹۲-۱۰۱.
- ابراهیمی صدر فائزه، محمود علیلو مجید. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و ناامیدی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱۳(۱۷): ۱-۱۴.
- جعفری مجید، لطفی زاده مسعود، هاشمی راضیه. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین استرس، اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. طلوع بهداشت، ۲۲(۱): ۱-۱۵.
- خلعتبری، آمنه، قربان شیروودی، شهره، زربخش، محمدرضا، و تیزدست، طاهر (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع خوردن، کیفیت زندگی و پریشانی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. روانشناسی سلامت، ۹(۴ (پیاپی ۳۶))، ۲۴-۷.
- درتاج، افسانه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ ناصر مقدسی، عبدالرضا و علی پور، احمد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و ایتترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۱۵(۱)، ۷۲-۴۹.
- دانش نیا، فرحناز؛ داودی، حسین؛ تقوایی، داود؛ حیدری، حسن. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و مشکلات خواب در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۶): ۳۰۶۶-۳۰۷۷.
- رضایی، نازیلا؛ سهرابی، احمد؛ و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تکانش پذیری، حساسیت بین فردی و خودزنی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۹(۴): ۴۴-۵۵.
- رمضانی، بتول؛ بختیاری، فروغ. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر اجتناب شناختی و پریشانی روان شناختی سالمندان حاضر در خانه سالمندان. سالمندشناسی، ۳(۴): ۳۲-۴۱.

رضایی، علی محمد، شریفی، طیب، غضنفری، احمد، افلاکی، الهام، بهره دار، محمد جعفر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لوپوس. روانشناسی سلامت، ۹(۳۳)، ۱۴۴-۱۲۷.

رهبرکرباسدهی، ابراهیم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ حسین خانزاده، عباسعلی و رهبرکرباسدهی، فاطمه (۱۳۹۹) عنوان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۸(۳۵)، ۱-۹

شمس، گلشید؛ پاشنگ، سارا و صداقت، مستوره (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و واقعیت درمانی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. طب پیشگیری، ۸(۱): ۷۰-۸۰.

صفری موسوی، سیدسینا، غضنفری، فیروزه، و میردريکوند، فضل اله. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به ام اس شهر خرم آباد. بالینی پرستاری و مامایی، ۷(۴)، ۲۴۰-۲۳۴.

کاوسی لیلی، عباسی قدرت اله، میرزائیان بهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر پریشانی روانشناختی، تصور از خود و حمایت اجتماعی درک شده افراد مبتلا به اختلال پر خوری. روان پرستاری، ۹(۳): ۶۲-۵۰.

محمودی، جعفر؛ مصباح، ایمان؛ رضایی شریف، علی. (۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد مبتنی بر شفقت بر ناگویی هیجانی و احساس انسجام در مادران دارای فرزند کم توان ذهنی. روانشناسی افراد استثنایی، ۱۳(۵۰): ۲۵۵-۲۸۶.

میرمعینی پردیس، بیاضی محمد حسین، خلعتبری جواد (۱۴۰۰) مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز. طب داخلی روز، ۲۷(۴): ۵۴۹-۵۳۴.

وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح، زین العابدینی، نیلوفر، زین العابدینی، سیده نرگس. (۱۳۹۴). اثر بخشی نظم بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴(۱۳)، ۶۲-۵۳.

یوسفی، خدیجه؛ ضرغام حاجبی، مجید و سراوانی، شهرزاد (۱۴۰۰). پیش بینی گرایش به افکار خودکشی بر اساس سرسختی روانشناختی و تصویر بدنی ادراک شده در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۰(۳۹): ۱۵۷-۱۷۰.

یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (K10-). فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۶(۴): ۴۵-۵۷.

Anderson, L. S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D. R., Stien, D. J., & Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatr Research*, 20(4): 215-223.

Benedict, R., Amato, M., DeLuca, J., & Geurts, J. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The lancet neurology*, 19(10): 860-871.

Baxter, R., & Sirois, F. M. (2024). Self-compassion and psychological distress in chronic illness: A meta-analysis. *British journal of health psychology*, 30(1), e12761.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56, 893-897.

- Dobson, R., & Giovanini, G. (2019). Multiple sclerosis – a review. *European Journal of Neurology*, 1(26): 27-40.
- Copaescu, A. M., Mak, H. W. F., Vogrin, S., Holmes, N. E., Trubiano, J. A., & Li, P. H. (2024). Global differences and risk factors influencing drug hypersensitivity quality of life: A multicenter, multiethnic study of drug allergy across 3 continents. *The journal of allergy and clinical immunology. Global*, 4(1), 100354.
- Fishstrom, S., Capin, P., Fall, A. M., Roberts, G., Grills, A. E., & Vaughn, S. (2024). Understanding the relation between reading and anxiety among upper elementary students with reading difficulties. *Annals of dyslexia*, 74(1): 123–141.
- Fraser, M., Gregory, K. (2024). Applying a process-based therapy approach to compassion focused therapy: A synergetic alliance. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32(4): 75-81.
- Hayes, S. C. (2013). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35(4): 639- 665.
- Johannsen, M., Schlander, C., Vestergaard, I. (2022). Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults – Results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, 314(9): 46-53.
- Hancock, L., Rao, S., & Galioto, R. (2024). Neuropsychological Manifestations of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 14(6): 101-116.
- Josefsson, T., Ivarsson, A., Gustafsson, H., Stenling, A., Lindwall, M., Tornberg, R., & Borooy, J. (2019). Effects of mindfulness-acceptance-commitment on sport-specific dispositional mindfulness, emotion regulation, and self-rated athletic performance in a multiple-sport population: An RCT study. *Mindfulness*, 10(8), 1518-1529.
- Ko, K., Jones, A., Francis, D., Robidoux, S., & McArthur, G. (2024). Physiological correlates of anxiety in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 40(4): 33-38.
- Kang, J., & Lee, M. H. (2025). Longitudinal trajectories of health-related quality of life among critical care survivors: A latent class growth approach. *Intensive & critical care nursing*, 86, 103892.
- Kołtuniuk, A., Pawlak, B., Krówczyńska, D. & Chojdak-Lukasiewicz, J. (2022). The Quality Of Life In Patients With Multiple Sclerosis - Association With Depressive Symptoms And Physical Disability: A Prospective And Observational Study. *Front Psychol*, 13, 1068421.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L. T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2003). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6): 959-976.
- Levin, M., Krafft, J., Twohig, M. (2024). An Overview of Research on Acceptance and Commitment Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 47(2): 419-431.
- Luck, S., Golijani-Moghaddam, N., Dawson, D. (2024). A Systematic Quality Review of Single-Case Experimental Designs Using Acceptance and Commitment Therapy in Adult Clinical Populations. *Behavior Therapy*, 55(4): 856-871.
- Mcginley, M. P., Goldschmidt, C. H. & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis And Treatment Of Multiple Sclerosis: A Review. *Jama*, 325, 765-779.

- Petersen, J., Ona, P., Twohig, M. (2024). A Review of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescents: Developmental and Contextual Considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1): 72-89.
- Qu, Y., Zhang, Y., Zhou, X., Wang, L., Zhu, X., Jin, S., & Zhuang, S. (2024). Constructing a Predictive Model for Psychological Distress of Young- and Middle-Aged Gynaecological Cancer Patients. *Journal of evaluation in clinical practice*, 31(1), e14244.
- Simard, C., Plante, I., Duchesne, S., Chaffee, K. (2022). The mediating role of test anxiety in the evolution of motivation and achievement of students transitio from elementary to high school. *Contemporary Educational Psychology*, 71(10): 211-226.
- Song, Q., Liu, C., Wang, J., Yin, G. (2022). Course and predictors of psychological distress among colorectal cancer survivors with ostomies: A longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 59(9): 21-29.
- Simpsson, A., Sando, K., Wahbeh, H., Peterson, A. & Shinto, L. (2022). Managing Psychological Stress In The Ms Medical Visit: A Qualitative Analysis Of Patient Perspectives And Unmet Needs. *Integrative Medicine Research*, 4, 93.
- Teoli, D. & Bhardwaj, A. (2024). Quality Of Life. Statpearls. Treasure Island (FL) Ineligible Companies. Disclosure: Abhishek Bhardwaj Declares No Relevant Financial Relationships With Ineligible Companies: Statpearls Publishing
- Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (2018). Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, 17(2): 162-173.
- Tauil CB, Grippe TC, Dias RM, Dias-Carneiro RP, Carneiro NM, Aguiar AC, Silva FM, Bezerra F, Almeida LK, Massarente VL, Giovannelli ED. (2024). Suicidal ideation, anxiety, and depression in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 76:296-301.
- Teixeira L, de Freitas RL, Abad A, da Silva JA, Antonelli-Ponti M, Bastos S, Mármora CH, Campos LA, Paiva S, Da Silva JA. (2020). Anxiety-related psychological impacts in multiple sclerosis on cardiovascular diseases and diabetes, 1:1010- 1015
- Uramoto, M., Moore, C., Garcia, Y., Kurumiya, Y. (2023). The effect of brief acceptance and commitment training on values-based behaviors of Japanese parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29(5): 1-12.
- Vrabel, K., Waller, G., Goss, K., Wampold, B., Kopland, M., Hoffart, A. (2024). Cognitive behavioral therapy versus compassion focused therapy for adult patients with eating disorders with and without childhood trauma: A randomized controlled trial in an intensive treatment setting. *Behaviour Research and Therapy*, 174(3): 104-118.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., & Dooley, B. (2019). Acceptance and commitment therapy reduces psychological stress in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*, 156(4), 935-945.
- Yu, H., Li, H., Zuo, T., Cao, L. (2022). Financial toxicity and psychological distress in adults with cancer: A treatment-based analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(9): 69-78.

- Zheng, T., Jiang, T., Huang, Z., & Wang, M. (2024). Knowledge domain and trend of disease-modifying therapies for multiple sclerosis: A study based on CiteSpace. *Int J Environ Res Public Health*, 10(5): 261-273.
- Zarotti, N., Eccles, F., Broyd, A., Longinotti, C., Mobley, A., & Simpson, J. (2023). Third wave cognitive behavioural therapies for people with multiple sclerosis: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 45(10), 1720-1735.

