

Research Article

Investigating the Effect of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Self-efficacy of Women with Multiple Sclerosis

Authors

Leila Masoudi Marghmaleki¹, Vahid Shaygan Nejad^{2*}, Reyhaneh Rahimi³

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Najaf Abad Branch, Iran.
masoudi_lili@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medical Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

3. Ph.D in Educational Measurement, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
reyhanerahimi1367@gmail.com

Abstract

Receive Date:
23/10/2022

Accept Date:
12/03/2023



Introduction: Introduction: This study aims to determine the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy on psychological flexibility and self-efficacy in females with MS.

Method: To carry out this research, 30 women at Kashani Hospital in Isfahan who were diagnosed with MS were selected. In two stages pre-test and post-test, they were measured through the cognitive flexibility inventory (CFI) and Sherer & Maddux general self-efficacy scale (GSSSES) in 1 group of treatment and 1 control group. The experimental group was treated for 8 sessions based on compassion-focused acceptance and commitment therapy, but the control group did not receive any treatment. Research data were analyzed using multivariate analysis of covariance and one-way analysis of covariance and SPSS software were used.

Result: The results showed that the treatment increased psychological flexibility and self-efficacy in the post-test compared to the pre-test. But this change was not observed in the control group.

Discussion and conclusion: using compassion-focused acceptance and commitment therapy is effective in increasing psychological flexibility and self-efficacy of women with multiple sclerosis.

Keywords

Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Flexibility, Self-Efficacy, Multiple Sclerosis.

Corresponding Author's E-mail

shaygannejad@med.mui.ac.ir

بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نویسندگان

لیلا مسعودی مرغملکی^۱، وحید شایگان‌نژاد^{۲*}، ریحانه رحیمی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران. masoudi_lili@yahoo.com

۲. استادیار گروه داخلی اعصاب، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. reyhaneherahimi1367@gmail.com

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس بود.

روش: در پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ زن مبتلا به ام‌اس در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین و به پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی عمومی شرر پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، تحت درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس و نرم‌افزار SPSS 26 استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌محور، باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش خودکارآمدی در گروه درمان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون شده است. در مرحله پیگیری درمان منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شده اما در خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها نتیجه گرفته شد که، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌محور، بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس مؤثر است.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۱/۰۸/۰۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۱۲/۲۱



کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودکارآمدی، مولتیپل اسکلروزیس.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

shaygannejad@med.mui.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

رفتارهای ارزش‌محور. مراجع انعطاف‌ناپذیر تمایل دارد در تماس با تجربیات منفی بیشتر باقی بماند تا اینکه تلاش کند تجربیات منفی را بپذیرد. به‌منظور کنترل یا حذف تجارب ناخوشایند، امکان دارد افراد به رفتارهایی گرایش پیدا کنند که به سلامت روان‌شناختی و فیزیکی‌شان آسیب برساند، برای مثال درمان‌های جسمانی خود را پیگیری نکنند [۱۰]. محققان نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با مشکلات روان‌شناختی کمتر، کیفیت زندگی، سلامت هیجانی و رضایت شغلی ارتباط دارد [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأثیر قابل توجهی در درد بیماری‌های مزمن دارد [۹]. بیماری ام‌اس تأثیر کمی بر طول عمر دارد اما تأثیر عمده‌ای بر عملکرد بدنی، اشتغال و کیفیت زندگی می‌گذارد و گزینه‌های درمانی محدودی برای بیماران ام‌اس وجود دارد [۱۲] و بیماران مجبورند بدون اطمینان به بهبود قطعی بیماری و توقف علائم بیماری و پیامدهای روانی و اجتماعی ام‌اس زندگی کنند [۱۳]. اشمیت در پژوهش خود به این نتیجه رسید که خودکارآمدی نقش مهمی در انعطاف‌پذیری بیماران مبتلا به ام‌اس دارد [۱۴]. مفهوم خودکارآمدی توسط بندورا [۱۵] برخاسته از روانشناسی اجتماعی شکل گرفته است و عامل اصلی نظریه یادگیری اجتماعی است. خودکارآمدی به باورهای افراد نسبت به توانمندی‌هایشان برای به‌وجودآوردن اهداف معین گفته می‌شود و نقش کلیدی در عملکرد انسان دارد. خودکارآمدی نه تنها به‌طور مستقیم روی رفتار اثر می‌گذارد بلکه بر عوامل مختلفی مانند اهداف و پیامدها، آرمان‌ها، انتظارات، تمایلات عاطفی و درک موانع و فرصت‌های موجود در محیط اجتماعی نیز تأثیر می‌گذارد. جعفری جوزانی، موسوی، احمدی و همکاران [۱۶] در پژوهش خود نشان دادند که نمره افراد مبتلا به ام‌اس در خودکارآمدی و مقیاس پرسشنامه کنش‌های اجرایی کمتر است. از درمان‌های مؤثر بیماران مبتلا به ام‌اس در قالب درمان‌های شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است [۱۷]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. هریس [۱۸] در یک مطالعه موردی پیرامون درمان اکت، شش اصل بنیادین (گسل‌شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خود

ام‌اس یا اسکروز چندگانه^۱ یک بیماری مزمن التهابی^۲ است و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک^۳ در انسان است. در این بیماری غلاف میلین، سلول‌های عصبی، مغز و نخاع آسیب می‌بینند [۱]. این بیماری بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی اتفاق می‌افتد و در زنان سه برابر مردان است [۲]. تظاهرات این بیماری از یک بیماری خوش‌خیم تا بیماری سریعاً پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است [۲]. نتایج مطالعات اخیر نشان داده است که وجود استرس و عدم تعادل هیجانی می‌تواند علائم این بیماری را در فرد مبتلا تشدید کند [۳]. مبتلایان به این بیماری علائم جسمانی، هیجانی و شناختی زیادی را تجربه می‌کنند [۱]. یکی از عواملی که در بیماران مبتلا به ام‌اس می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است [۴]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حدود چهار دهه است که مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته است [۵]. شکل‌گیری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به مراجعان باعث افزایش توانایی آنها می‌شود و برای آنها ایجاد ارتباط با تجربه‌هایشان را در زمان حال و در آن لحظه امکان‌پذیر می‌کند، تا به شیوهایی عمل کنند که منطبق با ارزش‌های منتخبشان باشد [۶]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ به‌عنوان توانایی برای رهایی از محتوای تجارب درونی (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی)، پذیرش تجربه‌ای درونی همان‌گونه که هست، ماندن در ارتباط با زمان حال، حس متعالی از خود، انجام عمل مطابق با ارزش‌های شخص و ایجاد الگوهای عمل متعهد در راستای آن اهداف تعریف شده است [۷]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به فرد این فرصت را می‌دهد که با شرایط و موقعیت حاضر خود مواجه شود و آن را تحت ارزیابی قرار دهد و از این طریق فرد مطمئن می‌شود که به‌طور اثربخشی در آن موقعیت و شرایط عمل می‌کند [۸]. حاتم‌خانی در مطالعه خود نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند [۹]. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دربرگیرنده دو فرایند است که به‌طور متقابلی به هم وابسته هستند. پذیرش تجربیات و

- 1 . multiple sclerosis
- 2 . Inflammation
- 3 . Neurologic
- 4 . Psychological flexibility

می‌شود. درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد تا از احساسات دردناک خود اجتناب و فرار نکرده و آنها را سرکوب نکنند [۲۸]. در پژوهش گودینگ، استدمون و کریکس، درمان متمرکز بر شفقت منجر به پذیرش محدودیت‌های روزافزون درد و کاهش احساس انزوای بیماران شد [۲۹]. همچنین نتایج پژوهش پنلینگتون [۳۰] حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر دردهای مداوم است. سلیمی و همکاران [۳۱] نیز دریافته‌اند که درمان متمرکز بر شفقت منجر به افزایش سلامت روان زنان مبتلا به بیماری ام‌اس می‌شود. خواجه‌لنگی، نشاط‌دوست، نجفی و ماضی [۳۲] بیان کردند که درمان متمرکز بر شفقت روش درمانی مؤثری برای افزایش عاطفه مثبت و امید در بیماران مبتلا به ام‌اس است؛ بنابراین با توجه به عدم وجود مطالعاتی که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش متمرکز بر شفقت را روی بیماران مبتلا به ام‌اس بر خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنان مورد بررسی قرار داده باشد و پیامدهای روان‌شناختی این بیماری که می‌تواند زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و هزینه‌های هنگفتی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل کند نشان داده باشد و نظر به اینکه بیماری ام‌اس درمان قطعی ندارد و تداوم بیماری نقش به‌سزایی در عدم سازگاری بیمار دارد، در این پژوهش بر آن شدیم تا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به ام‌اس را مورد تحقیق قرار دهیم. با توجه به بررسی پیشینه، تاکنون پژوهشی یافت نشد که این هدف را به‌طور کلی پوشش دهد. به دلیل اهمیت موضوع، این پژوهش به دنبال پاسخ‌دادن به این سؤال است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- شفقت‌محور تا چه میزان می‌تواند بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر گذارد.

روش

نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری (سه ماهه) با گروه کنترل بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری شامل تمامی زنان

مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه) را معرفی کرد. پژوهش‌ها نشان داده است که این درمان بر طیفی از اختلالات مؤثر است. همچنین پژوهشگران نیز بیان کرده‌اند که درمان اکت در کاهش استرس ادراک‌شده [۱۷، ۱۹] و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر بوده است. برنابی [۲۰] در پژوهش خود نشان داده که درمان اکت برای بیماران مبتلا به ام‌اس مؤثر است. در پژوهشی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس داشته است [۲۱]. به دلیل انتقادهای وارد شده به رویکرد اکت مبنی بر نادیده‌گرفتن احساسات مراجع، ترکیب خودشفقتی و رویکرد متمرکز بر شفقت مورد استقبال جامعه درمانگران قرار گرفت [۲۲]. خودشفقتی را می‌توان به‌عنوان دیدگاهی مثبت و مهربانانه نسبت به خود و دیگران زمانی که وقایع غیرقابل کنترل پیش می‌آید تعریف کرد. نف [۲۳] خودشفقتی را به‌عنوان سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. پژوهش‌ها نشان داده است که خودشفقتی می‌تواند توانایی مقابله فرد در مواجهه با شکست‌ها را بالا ببرد [۲۴]. درمان متمرکز بر شفقت توسط پاول گیلبرت [۲۵] مطرح شده است و شامل فرایندهای اصلی چون ذهن آگاهی، تمایل، عدم آمیختگی با رویدادهای ذهنی و عمل متعهدانه در راستای اهداف ارزشمند می‌شود [۲۲]. مشابهت فرایندهای ذکرشده این امکان را به درمانگران اکت می‌دهد که جهت التیام‌بخشی به رنج خود و مراجعان از شفقت در کاردرمانی خود بهره‌برند [۲۶]. از این رو گیلبرت [۲۷] به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت^۱ را مطرح کرد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند 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 درونیات نیز آرام

1. Compassion-Focused Therapy

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر^۳ این پرسشنامه توسط شرر، مادوکس^۴ و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است و یک ابزار خودگزارشی ۱۷ سؤالی بوده که دارای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی است و از امتیاز ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه‌بندی شده است. نمره کلی فرد بین ۱۷ تا ۸۵ است و ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دونیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است [۳۵].

شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه اصفهان مجوز اجرای پژوهش در سال ۱۳۹۷ کسب شد، سپس طی هماهنگی با بیمارستان کاشانی، ۶۰ نفر که توسط متخصص مغز و اعصاب و ام آر آی و ای پی اس (MRI, EPS) تشخیص ام‌اس گرفته بودند به‌طور تصادفی انتخاب شدند و به دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پس از ۸ جلسه درمان، ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان بر اساس معیار خروج بیش از سه جلسه غیبت برای تحلیل داده‌ها انتخاب شدند و با پانزده نفر از گروه کنترل مقایسه شدند. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه از هر دو گروه گرفته شد. این درمان توسط محقق در گروه آزمایش انجام شده است و به‌منظور حفظ اخلاق پژوهش رضایت‌نامه‌ای برای همکاری از شرکت‌کنندگان کسب شد و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه خواهد بود و در هر مرحله از تحقیق می‌توانند در صورت تمایل از پژوهش خارج شوند. جلسه‌های رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر اساس راهنمای ظهیری، دهقانی و ایزدی [۳۶] انجام شد. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به‌اختصار در جدول ۱ آمده است.

شیوه تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به بیمارستان کاشانی اصفهان در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود.

ب) نمونه پژوهش: حجم نمونه ۳۰ بیمار زن مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که به‌طور در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در اختیار گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش، تشخیص ام‌اس توسط متخصص مغز و اعصاب و ام آر آی^۱، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم تأهل، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در کلاس‌های یوگا و مراقبه قبل و هنگام مداخله، عدم ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روانی و جسمانی، رضایت شرکت در پژوهش و جنسیت زن بوده و ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه بیماران در جلسات درمانی و عدم پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها به‌طور کامل بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲: توسط دنیس و وندروال [۳۳] معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است به کار می‌رود که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود و تلاش می‌کند تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را بسنجد: ۱) توانایی درک چندین توجه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها؛ ۲) میل به درک موقعیت‌های سخت به‌عنوان موقعیت‌های کنترل‌پذیر و ۳) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی-رفتاری و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با انعطاف‌پذیری رابین و مارتین ۰/۷۵ است، همچنین پایایی به روش کرونباخ ۰/۹۱ است. در ایران سلطانی، شماره، بحرینیان و فرمانی [۳۴] ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

3 . General Self Efficacy Scale(GSSES)

4 . Sherer & Maddux

1 . Magnetic Resonance Imaging(MRI)

2 . Cognitive flexibility inventory(CFI)

جدول ۱. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت محور (ظهبیری، دهقانی و ایزدی)

جلسات	شرح جلسه	هدف جلسه	تکلیف خانگی
اول	آشنایی و ارتباط با اعضای گروه و درمانگر، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، بحث در مورد حدود رازداری، نخستین مفهوم سازی شفقت (ارائه مشکلات و نشانه های فعلی، اعتباربخشی و درک مشکلات فعلی)، دومین مفهوم سازی شفقت (بررسی بافت فرهنگی و پیشینه ای)، سنجش کلی و بررسی افکار و احساسات پریشان کننده در اعضای گروه، سنجش شیوه کنترل این احساسات و افکار، مقدمه ای بر درماندگی خلاق، پاسخ به پرسشنامه ها	معرفی اعضا و درمان و ایجاد رابطه درمانی ایجاد درماندگی خلاق، بررسی افکار و احساسات	ثبت روزانه سرزندگی در برابر رنج
دوم	بازخورد از جلسه اول، بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث پیرامون آن، ادامه درماندگی خلاق، بررسی دنیای بیرون و درون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر، بیان کنترل به عنوان مشکل، سومین مفهوم سازی شفقت (مفهوم سازی رسمی چهار حوزه ای، شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان)، ذهن آگاهانه مهربانانه	تعریف و تبیین ذهن و اینکه مشکل کنترل است و معرفی انواع رنج انسان، معرفی ابعاد شفقت، پذیرش و تحمل پریشانی	کاربرگ راه حل های به کار برده شده و تأثیرات بلندمدت آنها و کاربرگ سومین مفهوم سازی شفقت
سوم	بازخورد از جلسه دوم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، گسلس، شفقت با ذهن: چهارمین مفهوم سازی شفقت، توضیح و تبیین مدل مغز (مغز تکامل یافته)، تمایز بین تقصیر تو نیست و مسئولیت پذیری- تبیین سه حلقه، مفهوم سازی مجدد با این واژه ها و دیگرام مغز، تصویرسازی ذهن آگاهانه مکان امن	استدلال شفقت آمیز، تبیین گسلس، ذهن آگاهی مهربانانه	یادداشت روزانه تجارب ذهنی (کاربرگ قلاب)
چهارم	بازخورد از جلسه سوم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، خود مشاهده گر، پنجمین مفهوم سازی شفقت (نظارت فکر، آزمایش های رفتاری، تصویرسازی مهربانانه، نوشتن نامه مهربانانه)، بررسی موانع و دشواری ها	معرفی خود مشاهده گر، خود به عنوان زمینه، شفقت با خود	کاربرگ شناسایی انواع خود، برگه کشمکش در برابر فضا دادن
پنجم	بازخورد از جلسه چهارم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، چگونگی فعال کردن خود مهربان (برقراری ارتباط با جنبه های مختلف خود)، ارتباط با زمان حال	توجه مهربانانه و بودن در زمان حال	کاربرگ تمرین تنفس توجه آگاهانه
ششم	بازخورد از جلسه پنجم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، معرفی ارزش ها، شناخت ارزش ها در حیطه های مختلف زندگی (استعاره روز عالی)، انجام تمرین ذهن آگاهی	نشان دادن اهمیت ارزش ها و آگاهی بیمار از ارتباط ارزش ها	کاربرگ شناسایی ارزش ها، بودن در زمان حال
هفتم	بازخورد از جلسه ششم، مرور واکنش نسبت به جلسه قبل، اشاره به ارزش ها و تعهد داشتن به ارزش ها، شفقت با دیگران، رفتار مهربانانه، موانع رفتار مهربانانه (استعاره مهمان)	فعال سازی رفتاری و اقدام متعهدانه در مسیر ارزش ها، شفقت با دیگران و درک رنج دیگران	تبیین ارزش ها به عنوان قطب نما، کاربرگ تمرین شفقت با دیگران
هشتم	بازخورد از جلسه هفتم، بازبینی مفهوم سازی های قبلی، بررسی مجدد سومین مفهوم سازی، خلاصه کردن جلسات قبل، تمرین زندگی، آمادگی برای اختتام، توزیع پرسشنامه پس آزمون	برنامه ریزی خردمندانه متناسب با ارزش ها، انگیزه حرکت متعهدانه به سوی اهداف، مرور کل جلسات	بررسی تکلیف هفته گذشته و برنامه ریزی خردمندانه

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	کنترل	۶۷/۵۸	۷/۳	-۰/۳۶	-۱/۴۵
		آزمایش	۵۷/۶۷	۸/۴۷	۰/۴	-۰/۹۷
	پس‌آزمون	کنترل	۶۶	۶/۹۸	-۰/۱۸	-۱/۱۷
		آزمایش	۶۴/۶۷	۸/۷۹	۰/۰۳	۰/۵۸
پیگیری	کنترل	۶۲/۲۵	۹/۱	-۰/۷۸	-۰/۰۸	
	آزمایش	۶۶/۵۳	۶/۳۹	۰/۴۳	-۰/۵۸	
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	کنترل	۱۰۰/۵۸	۱۴/۳۳	-۰/۶۱	-۰/۲۴
		آزمایش	۸۹/۰۷	۱۷/۲۷	۰/۰۷	-۱/۴۶
	پس‌آزمون	کنترل	۹۷/۵	۱۵/۸۹	-۱/۶۱	۱/۱
		آزمایش	۱۰۰/۰۷	۱۲/۶۴	۰/۷۱	-۰/۶۴
پیگیری	کنترل	۹۷/۹۲	۱۲/۳۲	-۱/۳۳	۱/۵۸	
	آزمایش	۱۰۵/۳۳	۱۲/۷۸	۰/۶	-۰/۶۱	

کجی و کشیدگی تمام آزمون‌ها در محدوده مجاز ۲ و ۲- قرار دارد که شاهدهی بر توزیع نرمال نمرات آزمون‌ها است. با توجه به اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در هر دو گروه کنترل و آزمایش، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر توزیع نرمال متغیرهاست که با توجه به میزان شاخص‌های کجی و کشیدگی برقراری این مفروضه تأیید شد. دو مفروضه دیگر این آزمون، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر مستقل و مقایسه‌پذیری همبستگی سطوح متغیر درون‌گروهی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است؛ آزمون هر دوی این مفروضه‌ها از طریق آزمون کرویت موخلی میسر می‌شود. در مورد تأثیر مداخله بر متغیر خودکارآمدی، آزمون کرویت موخلی معنادار نبود که این نتیجه به معنای برقراری دو مفروضه ذکر شده است ($\chi^2=5/21, P>0/05$). نتیجه آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول زیر گزارش شده است.

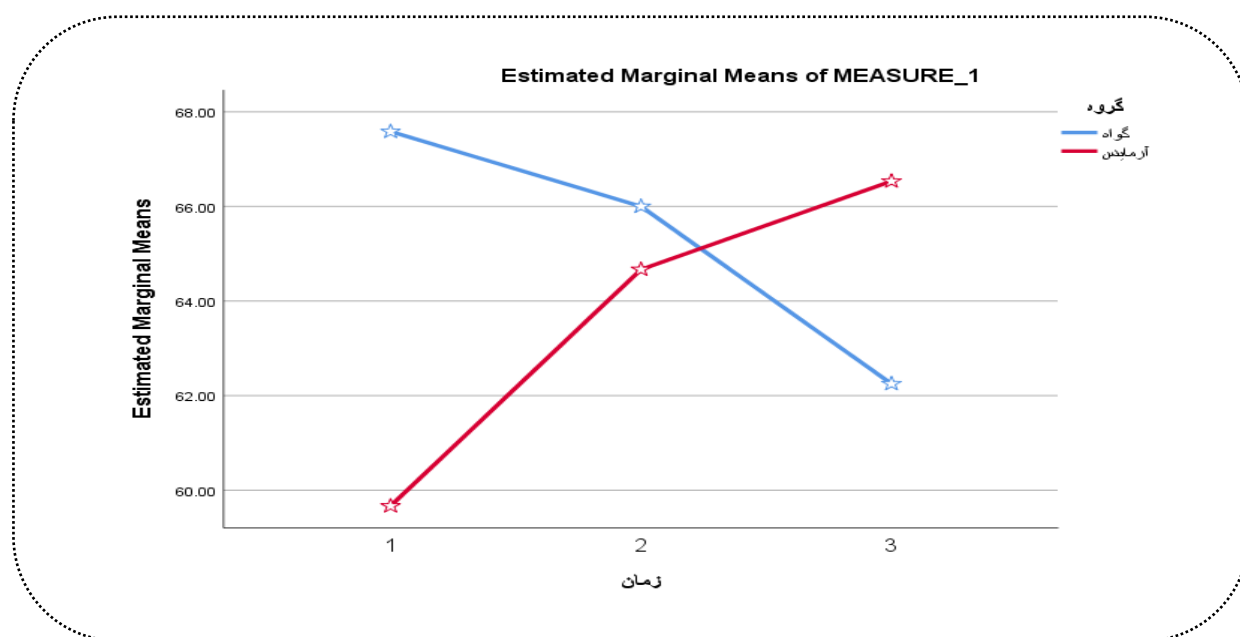
گروه برای بار دوم اندازه‌گیری شد. در نهایت برای بررسی پایداری تغییرات صورت گرفته در گروه آزمایش برای بار سوم میزان خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری افراد دو گروه بررسی شد. با توجه به اینکه افراد دو گروه در سه نوبت مورد بررسی قرار گرفتند، برای مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری افراد در سه نوبت اندازه‌گیری در گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. میانگین متغیر خودکارآمدی گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در گروه آزمایش افزایش نشان داده است. همچنین میانگین متغیر انعطاف‌پذیری گروه کنترل نیز در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است ولی در گروه آزمایش افزایش نشان داده است. اما برای قضاوت درباره این افزایش و تعیین معناداری آن باید به نتایج آزمون‌های استنباطی مراجعه کرد. علاوه بر این شاخص‌های

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر (متغیر خودکارآمدی)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۳۹/۰۵	۲	۱۹/۵۲	۰/۸۶	۰/۴۲	۰/۰۳
گروه	۵۴/۸۲	۱	۵۴/۸۲	۰/۳۸	۰/۵۴	۰/۰۲
زمان*گروه	۴۷۹/۱۷	۲	۲۴۸/۵۹	۱۰/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳

ندارد ($F=۰/۳۸, P>۰/۰۵$). اما در سطر سوم که مربوط به تعامل بین گروه ها و زمان است، مشاهده می شود که تعامل بین این دو متغیر معنادار شده است ($F=۱۰/۹۸, P<۰/۰۵$). این نتیجه بدان معناست که گروه کنترل و آزمایش در طول زمان رفتار متفاوتی نشان داده اند. همان طور که در نمودار زیر ملاحظه می شود خودکارآمدی گروه کنترل در طول زمان کاهش و خودکارآمدی گروه آزمایش افزایش یافته است. این نتیجه را چنین می توان تفسیر کرد که در ابتدای کار و در پیش آزمون گروه کنترل وضعیت مطلوب تری در متغیر خودکارآمدی نسبت به گروه آزمایش داشته ولی با انجام مداخله روی گروه آزمایش خودکارآمدی آنها افزایش داشته و خودکارآمدی گروه کنترل با گذشت زمان کاهش داشته است، اما همچنان خودکارآمدی گروه کنترل بیشتر از خودکارآمدی گروه آزمایش است. در نتایج آزمون پیگیری نیز مشاهده می شود که گروه کنترل روند کاهشی و گروه آزمایش روند افزایشی خود را حفظ کرده اند.

سطر اول جدول بالا نشان دهنده تفاوت نمرات خودکارآمدی افراد در طول زمان است و همان طور که ملاحظه می شود نتیجه آن به لحاظ آماری معنادار نیست ($F=۰/۸۶, P>۰/۰۵$)؛ یعنی نمرات افراد در طول زمان تغییر محسوسی نداشته است. همچنین در بررسی سطر دوم که مربوط به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل است مشاهده می شود که میان گروه ها نیز تفاوت معناداری وجود



شکل ۱. میانگین نمرات خودکارآمدی گروه کنترل و آزمایش در سه بازه زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

اندازه گیری مکرر برقرار نیست. به دلیل عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس، از نتایج آزمون گرین هاوس- گیسر که آزمون محافظه کارتری نسبت به آزمون تحلیل واریانس است، استفاده شد و نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

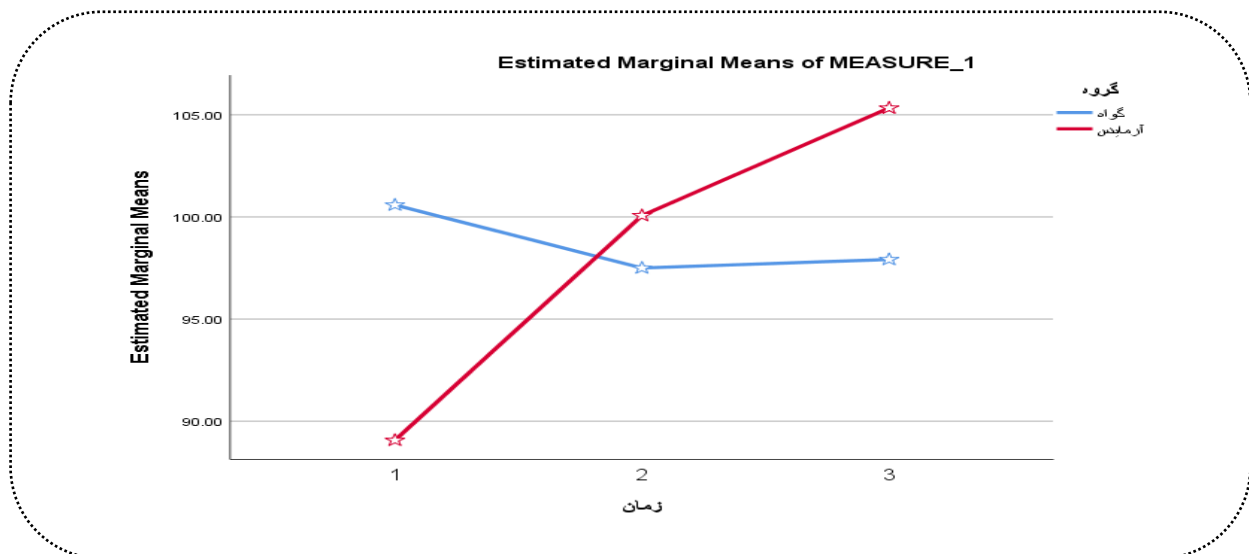
در بررسی تأثیر مداخله بر انعطاف پذیری آزمودنی ها نیز به شیوه قبلی عمل کرده و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در بررسی آزمون کرویت موخلی مشاهده شد که این آزمون معنادار بود ($P<۰/۰۵$). $\chi^2=۷/۱۴$ و در نتیجه مفروضه های تحلیل واریانس با

جدول ۴. آزمون گرین هاوس - گیسر
(متغیر انعطاف پذیری)

منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	۶۲۲/۰۷	۲	۳۹۱/۱۲	۶/۸۵	۰/۰۰۵	۰/۲۱
گروه	۵/۲۲	۱	۵/۲۲	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۰۰۱
زمان*گروه	۱۲۸۹/۶۳	۱/۵۹	۸۱۰/۸۴	۱۴/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶

گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=۰/۰۱, P>۰/۰۵$). اما در سطر سوم که مربوط به تعامل بین گروه‌ها و زمان است مشاهده می‌شود که تعامل بین این دو متغیر معنادار شده است ($F=۱۴/۲, P<۰/۰۵$)؛ این نتیجه بدان معناست که گروه کنترل و آزمایش در طول زمان رفتار متفاوتی نشان داده‌اند. همان‌طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود انعطاف‌پذیری گروه کنترل در طول زمان رفتار متفاوتی داشته است ولی انعطاف‌پذیری گروه آزمایش افزایش یافته است. این نتیجه را چنین می‌توان تفسیر کرد که در ابتدای کار و در پیش‌آزمون گروه کنترل وضعیت مطلوب‌تری در متغیر انعطاف‌پذیری نسبت به گروه آزمایش داشته ولی با انجام مداخله روی گروه آزمایش انعطاف‌پذیری آنها افزایش داشته و انعطاف‌پذیری گروه کنترل با گذشت زمان کاهش داشته و در مرحله پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر شده است. برای مقایسه بین نمرات سه مرحله آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در ادامه گزارش شده است.

سطر اول جدول بالا نشان‌دهنده تفاوت نمرات انعطاف‌پذیری افراد در طول زمان است و همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتیجه آن به لحاظ آماری معنادار است ($F=۶/۸۵, P<۰/۰۵$)؛ یعنی نمرات افراد در طول زمان تغییر کرده است و نمرات در اندازه‌گیری‌های مختلف متفاوت است. اما در بررسی سطر دوم که مربوط به مقایسه بین دو گروه آزمایش و کنترل است مشاهده می‌شود که بین



شکل ۱. میانگین نمرات انعطاف‌پذیری گروه کنترل و آزمایش در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

جدول ۵. آزمون بونفرونی جهت مقایسه آزمون‌ها

آزمون	آزمون	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۹۶	۱/۸۴	۰/۱۲
	پیگیری	-۶/۸	۲/۲۱	۰/۰۱
پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۸۴	۱/۳۸	۰/۱۵

ارتباط با زمان حال بود. در واقع این خودمشاهده‌گر جایگزینی برای خودمفهوم‌سازی^۲ شده است. یعنی خودی است که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود و به‌عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاری تهدیدکننده نیست. در کل هدف کمک به مراجع است که خود را از تجربیات درونی‌اش متمایز بداند همچنین هدف از مهارت‌های گسلش‌شناختی آن بود که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را فقط به‌عنوان آنچه که هستند نه به‌عنوان واقعیت در نظر بگیرند، در نتیجه زنان مبتلا به ام‌اس یاد گرفتند که با این رویدادهای درونی مربوط به بیماری ام‌اس، بدون آمیخته‌شدن با آنها یا اجتناب از آنها برخورد کنند و نظاره‌گر آنها باشند. درمان متمرکز بر شفقت به این مسئله اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همگام با واکنش به عوامل بیرونی، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام می‌شود [27] و افراد از احساس ناخوشایند خود فرار نکرده و آنها را سرکوب نمی‌کنند و با شناخت تجربه خود نسبت به آن احساس شفقت دارند [28]. تحقیقات نشان داده است که درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان و عزت‌نفس بیمار مبتلا به آسیب مغزی مؤثر بوده است [41] و شفقت در مراقبت بر روی بیماران مسن مبتلا به بیماری مزمن و پرستاران نقش مثبتی دارد. خودشفقتی، مفهومی است که با قضاوت و خودسرزنشگری مخالف است و این روش درمانی باعث شده است که این گروه درمانی بدون سخت‌گیری و خودانتقادگری با احساسات و افکار و هیجانات و تجارب خود روبه‌رو شوند، با تجارب پررنج خود و دیگران با انعطاف بیشتری مواجه شوند و با دیدگاه مشفقانه نسبت به دیگران به آنها کمک کنند و رنج آنها را درک کنند و میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به‌واسطه همین احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت باعث افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران ضایعه نخاعی شده است [42]. در تبیین یافته‌های حاصل از این پژوهش به نظر می‌رسد که ترکیب این دو رویکرد توانسته است با آموزش شفقت به

بر اساس نتایج جدول بالا مشاهده می‌شود که فقط بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و مرحله پیگیری افزایش معناداری نشان می‌دهد. این نتیجه بیانگر این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با درمان متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثربخش است. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که راهبردهای پذیرش می‌تواند عملکرد در رضایت از زندگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در افراد مبتلا به درد مزمن بهبود بخشد [37، 38، 39]. میانگین خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش معناداری نشان می‌دهد اما در مرحله پیگیری نمرات خودکارآمدی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر و با تغییراتی عمده در سبک زندگی و افزایش معناداری در نمرات خودکارآمدی و کاهش معنادار در سطح هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بوده است [40]. درمان ACT با تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و به افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، به جای نادیده‌گرفتن هیجانات و تجارب درونی خود و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتشان ارتباط مناسبی برقرار کنند و با نگاهی تازه آنها را تجربه کنند کمک می‌کند. ایجاد یک خودمشاهده‌گر^۱ یا خود به‌عنوان زمینه در مراجع از طریق تکنیک مهارت گسلش‌شناختی، ذهن‌آگاهی و

- 5- Cheng C. Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: a dual-process model. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Feb;84(2):425.
- 6- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, Polusny MA, Dykstra TA, Batten SV, Bergan J, Stewart SH. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*. 2004 Oct;54(4):553-78.
- ۷- ایزدی، راضیه. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم و باورهای، وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم. *پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان*. ۱۳۹۲.
- 8- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Behaviour research and therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44:1-25.
- ۹- حاتم‌خانی، سجاد. رابطه مهارت ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم آسیب‌شناسی روانی. *پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس*. ۱۳۹۳.
- 10-Hayes, S. C. Acceptance and commitment therapy. New York: *Guilford Press*.2006.
- 11-Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*. 2003 Dec;88(6):1057.
- 12-Bowling AC, Murray TJ, Noseworthy JH, Polman CH, Thompson AJ. Multiple sclerosis: the guide to treatment and management. *Demos Medical Publishing*; 2006 Mar 1.
- 13-Eklund VA, MacDonald ML. Descriptions of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1991 Aug;22(4):277.
- 14-Schmitt M. Presentation 2: Self-Efficacy as a Predictor of Functional Outcomes in Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008 Oct 1;89(10):e7.
- 15-Bandura A. Self-efficacy: *The exercise of control*.1997.

افراد مبتلا به ام‌اس انعطاف‌پذیری نسبت به موقعیت موجود را افزایش دهد و در احساس خودکارآمدی بیماران مؤثر باشد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور می‌تواند بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به ام‌اس تأثیر داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شیوه نمونه‌گیری در دسترس و یکی بودن درمانگر و پژوهشگر و حضور شرکت‌کنندگان مؤنث بود. برای تعمیم نتایج به نمونه‌های جنسیت مذکر احتیاط لازم باید در نظر گرفته شود. این پژوهش روی گروه کوچکی از زنان مبتلا به ام‌اس انجام شده است لذا باید در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها احتیاط‌های لازم در نظر گرفته شود. همچنین دیگر درمانگاه‌ها و دیگر استان‌ها جانب احتیاط را رعایت کنند. همین‌طور پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی برای اطمینان بیشتر در تعمیم نتایج، پژوهش به صورت نظام‌مند تکرار شود، و پژوهش در هر دو جنس مذکر و مؤنث و مجرد و متأهل نیز اجرا شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، از تمام مسئولان بیمارستان کاشانی و دانشگاه اصفهان و تمامی شرکت‌کنندگان که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند بی‌نهایت سپاسگزاریم. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.

منابع

- 1- Coles A. Alastair Compston, Alasdair Coles. *Lancet*. 2008;372:1502-7.
- ۲- فوسی، آ، لونگو، د، کاسپر، د. اصول طب هاریسون؛ بیماری‌های مغز و اعصاب. مترجم: شکیب، آ. *انتشارات اندیشه رفیع*؛ ۲۰۱۲.
- ۳- فرهادی، مریم؛ پسندیده، محمدمهدی. اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳۹۶؛ ۲(۱۵، ۱۵-۷.
- 4- 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 (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(3):250-65. [DOI:10.32598/ijpcp.25.3.250]

- 25-Gilbert P. Compassion focused therapy: Distinctive features. *Routledge*; 2010 Apr 16.
- 26-Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009 May;15(3):199-208.
- 27-Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014 Mar;53(1):6-41.
- 28-Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. 2017 May 21;3(1):1743.
- 29-Gooding H, Stedmon J, Crix D. 'All these things don't take the pain away but they do help you to accept it': making the case for compassion-focused therapy in the management of persistent pain. *British journal of pain*. 2020 Feb;14(1):31-41.
- 30-Penlington C. Exploring a compassion-focused intervention for persistent pain in a group setting. *British journal of pain*. 2019 Feb;13(1):59-66.
- 31-Salimi A, Arsalandeh F, Zahra K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Medical Sciences*. 2018 May 10;24(2):125-31.
- 32-Aghaee Khajelangi H, Neshatdoost HT, Najafi MR, Mazi M. Effectiveness of Compassion Focused Therapy on the Positive/Negative Affect and Hope in Multiple Sclerosis Patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2020 Nov 21;12(3).
- 33-Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*. 2010 Jun;34(3):241-53.
- 34-Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajoohandeh Journal*. 2013 Jun 10;18(2):88-96.
- 35-Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*. 1982 Oct;51(2):663-71.
- ۳۶-ظهیری، س. دهقانی، ا. ایزدی، ر. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس دانش آموزان مبتلا به وسواس فکری و عملی. *مطالعات روان شناختی*. زمستان ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۴). ۹۳-۱۰۸.
- ۱۶-جعفری جوزانی، راضیه، موسوی، سید علی محمد، احمدی، عبدالجواد عسگری، نصراله. (۱۳۹۵). کنش های اجرایی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به ام اس (مولتیپل اسکلروزیس یا فلج چندگانه). *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی* 12(48), 395-387 .
- 17-Sheppard SC, Forsyth JP, Hickling EJ, Bianchi J. A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*. 2010;12(4):200-6.
- 18-Harris R. Theoretical Basis Treatment Based on Commitment and Admission in Simple Language (Part II).[A Feizi, Persian trans.]. Tehran: *The Psychological Services and Life Advice Center website*. 2014.
- 19-Scott W, Chilcot J, Guildford B, Daly-Eichenhardt A, McCracken LM. Feasibility randomized-controlled trial of online Acceptance and Commitment Therapy for patients with complex chronic pain in the United Kingdom. *European Journal of Pain*. 2018 Sep;22(8):1473-84.
- 20-Proctor BJ, Moghaddam NG, Evangelou N, Das Nair R. Telephone-supported acceptance and commitment bibliotherapy for people with multiple sclerosis and psychological distress: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018 Jul 1;9:103-9.
- ۲۱- رهبر کرباسدهی، ابراهیم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ حسین خانزاده؛ رهبر کرباسدهی، فاطمه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب وجودی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*. زمستان ۱۳۹۹؛ ۱۸ (۲). ۹-۱۰.
- 22-Tirch D, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: Tools for fostering psychological flexibility. *New Harbinger Publications*; 2014 Dec 1.
- 23-Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*. 2009 Jun;52(4):211.
- 24-Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003 Apr 1;2(2):85-101.

- 40-Nasiri F, Omidi A, Mozaffari M, Mousavi SG, Joekar S. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy (ACT) on Self-care and HbA1C in type II diabetic patients. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2020 Apr 10;24(2):209-18.
- 41-Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011 Sep;12(2):128-39.
- ۴۲-عابدینی، م. لطیفی، ز. سلطانی زاده، م. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران ضایعه نخاعی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۳۹۹؛ ۳(۱۸)، ۳۰۹-۳۱۹.
- 37-Wicksell RK, Melin L, Lekander M, Olsson GL. Evaluating the effectiveness of exposure and acceptance strategies to improve functioning and quality of life in longstanding pediatric pain—a randomized controlled trial. *Pain*. 2009 Feb 1;141(3):248-57.
- 38-Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of behavioral medicine*. 2009 Feb 1;37(1):58-69.
- 39-Hashmynsb Aliabadi M. Efficacy of acceptance and commitment to alleviate the symptoms of generalized anxiety disorder [Dissertation]. Tabriz: University of Tabriz. 2014.