



## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز

علی اکبر غیبی<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲\*</sup>، شیرین کوشکی<sup>۳</sup>، ناصر صبحی قراملکی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد دبی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار، گروه روانشناسی ورزش، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: بیوک تاجری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. ایمیل:

btajeri@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۸/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۰۷

### چکیده

**مقدمه:** مالتیپل اسکروز یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و التهابی در سیستم عصبی مرکزی است که باعث کاهش بهزیستی روانشناختی می‌شود. با توجه به اثربخشی روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مرد مبتلا به مالتیپل اسکروز عضو انجمن مالتیپل اسکروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۴۵ نفر بود که پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی ساده به کمک قرعه‌کشی در سه گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با کمک مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف جمع‌آوری و با روش‌های خی‌دو، اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS-۱۹ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش بهزیستی روانشناختی شدند و نتایج درمان در مرحله پیگیری نیز حفظ شد ( $P < 0/05$ )، اما بین دو روش درمانی در افزایش بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهبود بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و عدم تفاوت بین آنها بود. در نتیجه، متخصصان سلامت و درمانگران می‌توانند از هر دو روش در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود بهزیستی روانشناختی گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله مبتلایان به مالتیپل اسکروز استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** بهزیستی روانشناختی، پذیرش و تعهد، شفقت، مالتیپل اسکروز

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

شده که از این طریق باعث تغییر مسیر یا کاهش سرعت پیام‌های عصبی می‌گردد [۲]. آمار دقیقی از شیوع این بیماری در ایران وجود ندارد، اما تخمین زده می‌شود که از هر ۱۰۰ هزار نفر، ۵۷ نفر مبتلا به مالتیپل اسکروز هستند [۳]. ابتلاء به این بیماری از طریق کاهش سلامت و

مالتیپل اسکروز یک بیماری مزمن، پیش‌رونده و التهابی در سیستم عصبی مرکزی است که به دنبال حمله دستگاه ایمنی به سیستم عصبی ایجاد و سبب کاهش توانایی تدریجی عضلات می‌شود [۱]. در این بیماری سیستم ایمنی بدن به اشتباه باعث از بین رفتن غلاف میلینی

مولفه‌های تسلط بر محیط و رشد فردی آن نداشت [۱۹]. همچنین، نتایج پژوهش ویلسون و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش بهزیستی روانشناختی بود [۲۰]. افشانی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور شد [۲۱]. در پژوهشی دیگر بلوث و بلانتون گزارش کردند که درمان مبتنی بر شفقت باعث بهبود بهزیستی هیجانی (یکی از مولفه‌های بهزیستی روانشناختی) شد [۲۲]. علاوه بر آن، نتایج پژوهش طاهرکرمی و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش تاب‌آوری، امیدواری و بهزیستی روانشناختی زنان در حال یائسگی بود [۲۳]. فرخزادیان و میردیکوند ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان متمرکز بر خودشفقتی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی سالمندان شد [۲۴].

با توجه به تخمین ۵۷ فرد مبتلا به مالتیپل اسکلروز در هر ۱۰۰ هزار نفر [۳] و نقش این بیماری در کاهش سلامت و بهزیستی روانشناختی [۴] لزوم مداخله برای بهبود بهزیستی مبتلایان به این بیماری مشخص می‌شود. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه، روش‌های بسیاری بر بهبود بهزیستی روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند، اما بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت کمتر مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر آن، هیچ پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی یافت نشد و از آنجایی که هر دو روش جزء روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند، اما از روش‌ها و تاکتیک‌های متفاوتی استفاده می‌کنند، لذا مقایسه آنها و تفاوت در نتایج می‌تواند تلویحات کاربردی برای درمانگران و متخصصان سلامت داشته باشد و می‌توان توصیه به استفاده از یک روش در مقایسه با روش دیگر برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی کرد. همچنین، همان‌طور که در بالا اشاره شد گاهی نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی روش درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی متفاوت است. با توجه به مفاهیم مطرح‌شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز تفاوت وجود دارد؟

## روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مرد مبتلا به مالتیپل اسکلروز عضو انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و طبق پژوهش باقری و همکاران [۲۵] با مقادیر  $\sigma=1/80$ ،  $d=2/123$ ،  $\alpha=0/90$  و  $\text{Power}=0/85$  برابر با ۱۵/۰۹ محاسبه کرد که در این پژوهش حجم نمونه برای هر گروه به دلیل تعداد افراد کمی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند ۱۵ نفر لحاظ شد. پس با توجه به وجود سه گروه تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و با روش تصادفی ساده به کمک قرعه‌کشی در سه گروه مساوی جایگزین شدند.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

کیفیت زندگی باعث افت بهزیستی روانشناختی می‌شود [۴]. بهزیستی روانشناختی مفهومی برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر به معنای تلاش فرد برای شکوفایی استعدادها و توانایی‌های بالقوه خود است که این سازه درک و ارزیابی شخص را از کیفیت کلی زندگی نشان می‌دهد [۵]. بهزیستی روانشناختی یک سازه چندبعدی و دارای رویکرد ذهنی مثبت درباره افکار و احساسات مثبت به زندگی است که میزان سلامتی در زندگی را نشان می‌دهد [۶]. افراد دارای بهزیستی معمولاً هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، در برخورد با رویدادها حتی رویدادهای تنش‌زا نگاهی خوش‌بینانه دارند و بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده می‌نمایند [۷].

برای بهبود ویژگی‌های مثبت روانشناختی روش‌های بسیاری از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت وجود دارد [۸]. هر دو شیوه درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند و با اینکه تفاوت‌های اساسی در روش‌ها و تاکتیک‌های اجرایی دارند، اما هر دو معتقدند که اجتناب افراد از هیجان‌ها، احساس‌ها، افکار ناخوشایند و دردها باعث ایجاد و تشدید مشکلات روانشناختی می‌شود [۹]. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی به معنای توانایی انتخاب عملی که بین راهکارهای موجود مناسب باشد، نه عملی برای اجتناب از هیجان‌ها و افکار استرس‌زا است [۱۰]. این شیوه درمانی به دلیل استفاده از تکنیک‌هایی چون پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و بررسی آنها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی باعث بهبود ویژگی‌ها می‌شود [۱۱]. همچنین، شفقت به معنای نرمی و لطافت به همراه آگاهی عمیق از رنج و استرس و تلاش برای رهایی از آن است. پس، شفقت می‌تواند از طریق افزایش احساس مراقبت و آرامش باعث بهبود سلامت و کیفیت زندگی شود [۱۲]. درمان مبتنی بر شفقت از سه مؤلفه شامل مهربانی با خود در سختی‌ها و تجربه‌های استرس‌زا به جای قضاوت خود، اشتراکات انسانی و اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و شکست به جای انزوا و آگاهی متعادل از احساس‌ها و افکار خود به جای همسان‌سازی افراطی تشکیل شده است [۱۳]. این شیوه درمانی با آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش می‌شود [۱۴]. نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی گاهی متفاوت است. برای مثال نتایج پژوهش ویلت و همکاران حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بود [۱۵]. ترسی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی کودکان در معرض خطر شد [۱۶]. در پژوهشی دیگر سیادت و همکاران گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی مادران دارای فرزند اوتیسم شد [۱۷]. مقدم‌فر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شد [۱۸]. با اینکه نتایج پژوهش حسن‌زاده و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی زنان با سابقه ناباروری شد، اما تأثیر معنی‌داری بر

گروه مساوی تقسیم و گروه‌ها به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به‌عنوان گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر شفقت و کنترل انتخاب شدند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت آموزش دیدند و گروه کنترل غیر از درمان‌های رایج درمانی دریافت نکرد و در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله توسط پژوهشگر که دارای تخصص در زمینه مداخله بود، در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران به‌صورت گروهی اجرا و در پایان هر جلسه تکلیف مرتبط با آن جلسه به آزمودنی‌ها داده و در آغاز جلسه بعد ضمن و به آنها بازخورد سازنده داده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط باخ و موران طراحی و توسط مرادزاده و پیرخانی مورد استفاده و تأیید [۲۶] و درمان مبتنی بر شفقت توسط گیلبرت طراحی و توسط کاظمی و همکاران مورد استفاده و تأیید [۲۷] قرار گرفت که محتوی هر دو روش درمانی در جدول ۱ گزارش شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل سن ۵۰-۳۱ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلاء به اختلال‌های روانشناختی مزمن مثل افسردگی شدید بر اساس پرونده، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، گذشت ۴-۱ سال از بیماری، عدم وقوع رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ در نزدیکان در سه ماه گذشته، عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی دیگر به‌طور همزمان و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه همکاری، عدم انجام تکالیف و غیبت بیشتر از یک جلسه بود. برای انجام این پژوهش پس از دریافت کد اخلاق به انجمن مالتیپل اسکروزیس شهر تهران مراجعه و پس از هماهنگی با مسئولان، اقدام به نمونه‌گیری شد. برای نمونه‌ها درباره رعایت نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه‌ماندن اطلاعات شخصی، حفظ حریم آزمودنی‌ها و غیره اطمینان خاطر داده شد و پس از بیان هدف و اهمیت پژوهش، فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای آنان رسید. سپس نمونه‌ها به روش تصادفی به سه

جدول ۱. محتوی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت به تفکیک جلسات

جلسات	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر شفقت
اول	برقراری رابطه درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره و آشنایی با درمان پذیرش و تعهد	برقراری ارتباط درمانی و آشنایی با یکدیگر، بیان قوانین دوره، تعریف آسیب‌پذیری روانی و اثرات آن و آشنایی با درمان مبتنی بر شفقت
دوم	آشنایی با مفاهیم تعهد و پذیرش، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن افکار و احساسات منفی	آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند و تمرین عملی همدلی
سوم	آشنایی با مشکلات و ناراحتی‌های ناشی از افکار و احساسات منفی و آموزش امیدواری خلاقانه	شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل و مشکلات زندگی برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود
چهارم	آموزش پذیرش و ذهن‌آگاهی به واسطه رهاکردن تلاش برای کنترل و جداسازی شناختی و هیجانی	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به تغییرات
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار و نقش و اهمیت آن در زندگی	پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف
ششم	آموزش انتخاب اهداف واقع‌بینانه و راه‌های شناسایی موانع تحقق اهداف و چگونگی ارزیابی آنها	ایجاد و ارتقای احساسات ارزشمند و متعالی برای برخورد مناسب، مؤثر و کارآمد با چالش‌ها و رویدادهای استرس‌زای زندگی
هفتم	آموزش تصریح ارزش‌ها و اعمال و نقش و اهمیت اشتیاق و تعهد در کاهش مشکلات	آموزش مسئولیت‌پذیری به‌عنوان یکی از مولفه‌های درمان مبتنی بر شفقت برای ایجاد احساسات و دیدگاه‌های جدید و کارآمدتر
هشتم	آموزش مفهوم بودن و اهمیت آن در زندگی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات	آموزش استفاده از راهبردهای مقابله مختلف در شرایط متغیر زندگی و خلاصه و جمع‌بندی جلسات

این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره ۱۳۹۸،۱۷ IR.IAUDubai.REC از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دبی است. داده‌ها پس از جمع‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با روش‌های خی‌دو، اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در این مطالعه ریزشی در نمونه‌های هیچ‌یک از گروه‌ها اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۱۵ نفری انجام شد. فراوانی و درصد فراوانی سن، تحصیلات، تأهل و مدت بیماری به تفکیک گروه‌ها در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و مقایسه آنها بر اساس آزمون خی‌دو در جدول ۲ گزارش شد.

علاوه بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با مقیاس بهزیستی روانشناختی ارزیابی شدند. این مقیاس توسط ریف طراحی و دارای فرم‌های ۱۲۰، ۸۴، ۵۴ و ۱۸ گوی‌های است که در پژوهش حاضر از فرم ۸۴ گوی‌های استفاده شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۶=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شوند، لذا دامنه نمرات بین ۵۰۴-۸۴ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روانشناختی بیشتر می‌باشد. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد [۲۸]. در ایران، بیانی و همکاران روایی همگرای ابزار را با مقیاس رضایت از زندگی ۰/۴۷، با پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۰/۵۸ و با پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۴۶ و پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۲ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند [۲۹]. در مطالعه حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در واحدهای پژوهش

متغیرها	درمان پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	Chi-Square Test P-Value
سن				
۳۵-۳۱ سال	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۵ (۳۳/۳۳)	P > ۰/۰۵
۴۰-۳۶ سال	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	
۴۵-۴۱ سال	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	
۵۰-۴۶ سال	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	
تحصیلات				
دیپلم	۸ (۵۳/۳۳)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۷)	P > ۰/۰۵
کاردانی	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	
کارشناسی	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	
تأهل				
متأهل	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	P > ۰/۰۵
مجرد	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۶۷)	۱۱ (۷۳/۳۳)	
مدت بیماری				
۱ سال	۷ (۴۶/۶۷)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۷)	P > ۰/۰۵
۲ سال	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	۲ (۱۳/۳۳)	
۳ سال	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	
۴ سال	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)	۳ (۲۰)	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها در واحدهای پژوهش

متغیر	درمان پذیرش و تعهد	درمان مبتنی بر شفقت	گروه کنترل
بهزیستی روانشناختی			
پیش‌آزمون	۲۶۸/۱۷±۳۲/۴۷	۲۵۹/۰۳±۲۹/۸۲	۲۶۵/۱۱±۳۰/۳۰
پس‌آزمون	۲۸۸/۰۴±۲۸/۱۷	۲۸۲/۴۸±۳۰/۳۰	۲۵۳/۷۹±۳۳/۹۲
پیگیری	۲۸۹/۰۴±۲۸/۱۱	۲۸۵/۵۵±۳۰/۴۳	۲۵۰/۵۰±۳۲/۸۶

جدول ۴. مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر بهزیستی روانشناختی در واحدهای پژوهش

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value	مجذورات	توان آماری
بهزیستی روانشناختی							
گروه	۱۵۶۲۱/۱۶	۲	۷۸۱۰/۵۸	۳۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰۰
خطا	۸۷۲۹/۰۶	۴۲	۲۰۷/۸۳				
زمان	۳۹۲۰/۲۷	۲	۱۹۶۰/۱۳	۳۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۷۸
زمان*گروه	۱۴۶۳۹/۳۷	۴	۳۶۵۹/۸۴	۵۶/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰۰
خطا	۲۵۳۰/۱۵	۳۹	۶۴/۸۷				

طبق نتایج جدول ۲، گروه‌ها بر اساس آزمون خی‌دو از نظر سن، تحصیلات، تأهل و مدت بیماری با هم تفاوت معنی‌داری ندارند ( $P > ۰/۰۵$ ). میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز در جدول ۳ گزارش شد. بررسی مفروضه‌های روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر حاکی از برقراری فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلکز برای بهزیستی روانشناختی در سه مرحله ارزیابی در گروه‌های مختلف، برقراری فرض همگنی واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای بهزیستی روانشناختی در مراحل ارزیابی و برقراری فرض همگنی کوواریانس‌ها بر اساس آزمون کرویت موخلی برای بهزیستی روانشناختی بود ( $P > ۰/۰۵$ ). در نتیجه، می‌توان از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز در جدول ۴ گزارش شد. طبق نتایج جدول ۴، اثر گروه، زمان و تعامل

زمان و گروه در متغیر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز معنی‌دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین به ترتیب می‌توان گفت که بین گروه‌ها در بهزیستی روانشناختی، بین زمان‌های اندازه‌گیری یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در بهزیستی روانشناختی و بین گروه‌ها در زمان‌های اندازه‌گیری نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های بهزیستی روانشناختی گروه‌ها در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز در جدول ۵ گزارش شد. طبق نتایج جدول ۵، روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در مقایسه با گروه کنترل باعث تغییر معنی‌دار بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز شدند ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اما بین دو روش درمانی در بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های بهزیستی روانشناختی در مراحل ارزیابی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز در جدول ۶ گزارش شد.

جدول ۵. مقایسه میانگین‌های بهزیستی روانشناختی گروه‌ها در واحدهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی

متغیر	اختلاف میانگین‌ها	P-Value
<b>بهزیستی روانشناختی</b>		
درمان پذیرش و تعهد		
گروه کنترل	۳۵/۳۶*	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر شفقت		
گروه کنترل	۴۰/۱۳*	۰/۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد		
درمان مبتنی بر شفقت	-۴/۴۵	۰/۸۶۲

جدول ۶. مقایسه میانگین‌های بهزیستی روانشناختی در مراحل ارزیابی در واحدهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی

مراحل	اختلاف میانگین‌ها	P-Value
<b>پس آزمون</b>		
درمان پذیرش و تعهد		
گروه کنترل	۱۹/۷۳*	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر شفقت		
گروه کنترل	۱۶/۰۳*	۰/۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد		
درمان مبتنی بر شفقت	۶/۷۵	۰/۷۳۱
<b>پیگیری</b>		
درمان پذیرش و تعهد		
گروه کنترل	۱۸/۱۸*	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر شفقت		
گروه کنترل	۲۰/۱۱*	۰/۰۰۱
درمان پذیرش و تعهد		
درمان مبتنی بر شفقت	۳/۶۲	۰/۸۹۴

طبق نتایج جدول ۶، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت با گروه کنترل در بهزیستی روانشناختی در مبتلایان به مالتیپل اسکروز تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0/001$ )، اما بین دو روش درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). در نتیجه، می‌توان گفت که هر دو روش در مرحله پس‌آزمون باعث تغییر معنی‌دار بهزیستی روانشناختی شدند و نتایج درمان در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

## بحث

با توجه به تخمین آمار نسبتاً بالا مبتلایان به مالتیپل اسکروز و لزوم مداخلات روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مثبت آنان، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ویلت و همکاران [۱۵]، ترسی و همکاران [۱۶]، سیادت و همکاران [۱۷] و مقدم‌فر و همکاران [۱۸] همسو و با نتیجه پژوهش حسن‌زاده و همکاران مبنی بر عدم اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش مؤلفه تسلط بر محیط و رشد فردی بهزیستی روانشناختی [۱۹] ناهمسو بود. در تبیین ناهمسوئی پژوهش حاضر با پژوهش حسن‌زاده و همکاران [۱۹] می‌توان به تفاوت‌های جنسیت و

جامعه پژوهش اشاره کرد. پژوهش حاضر بر روی مردان مبتلا به مالتیپل اسکروز انجام شد که برخی از آنها نیز مجرد بودند، اما پژوهش آنان بر روی زنان متأهل نابارور انجام شد. مردان در مقایسه با زنان معمولاً استرس و اضطراب کمتری را ادراک می‌کنند و علاوه بر آن افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد استرس و اضطراب بیشتری را ادراک می‌کنند. در نتیجه، می‌توان گفت که آزمودنی‌های پژوهش حسن‌زاده و همکاران [۱۹] در مقایسه با پژوهش حاضر استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند که این استرس و اضطراب بالا می‌تواند مانعی برای اثربخشی مداخله شود، لذا نتایج پژوهش حاضر با پژوهش آنان متفاوت است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش بهزیستی روانشناختی بر مبنای پژوهش مقدم‌فر و همکاران [۱۸] می‌توان گفت به فرایندهای و راهبردهای مورد استفاده در درمان پذیرش و تعهد از جمله تصریح ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت ترغیب بیماران به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش است. در این مولفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌شود تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشد. علاوه بر آن، فرایندهای

از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند که این عوامل می‌توانند نقش موثری در بهبود ویژگی‌های روانشناختی داشته باشند [۲۰]. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه، هر دو شیوه درمانی جزء روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک‌ها و راهبردهایی مهمی چون پذیرش، ذهن‌آگاهی، زندگی در اینجا و اکنون، جدایی شناختی از افکار و بررسی آنها، ارزش‌ها و عمل متعهدانه برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی استفاده می‌کند و درمان مبتنی بر شفقت با آموزش تکنیک‌ها و راهبردهایی چون آگاهی از اجتناب‌ناپذیر بودن رنج و استرس و اتخاذ دیدگاهی تسکین‌دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمان رویدادهای استرس‌زا باعث ایجاد برخورد محبت‌آمیز و پذیرای فرد با خودش می‌شود. بنابراین، هر دو شیوه به دلیل برخاسته از موج سوم روان‌درمانی هستند و با اینکه تفاوت‌هایی دارند، اما از تکنیک‌ها و راهبردهای مشابهی برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی استفاده می‌کنند، لذا می‌توان انتظار داشت که هر دو شیوه باعث افزایش بهزیستی روانشناختی شوند و بین آنها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشود. مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، تک جنسیتی بودن جامعه پژوهش، حجم نمونه اندک در گروه‌ها و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. محدودیت‌های ذکرشده باید در تعمیم و استفاده از نتایج مورد توجه قرار گیرد. با توجه به آنها پیشنهاد می‌شود که در صورت امکان از روش نمونه‌گیری تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها و از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده استفاده شود. پیشنهاد دیگر افزایش حجم نمونه‌ها در گروه‌ها است. بدون شک هرچه حجم نمونه در گروه‌ها بیشتر باشد، دقت نتایج قابل اعتمادتر است. آخرین پیشنهاد انجام پژوهش حاضر بر روی بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکروز و مقایسه نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و عدم تفاوت معنی‌دار بین دو روش مذکور بود. این نتایج برای متخصصان سلامت و درمانگران تلوحتات کاربردی دارد و از آنجایی که هر دو روش برگرفته از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی و دارای پشتوانه نظری تقریباً یکسان، اما متفاوت هستند، لذا برنامه‌ریزی برای استفاده از هر دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت برای بهبود بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز ضروری است. بنابراین، متخصصان سلامت و درمانگران می‌توانند از هر دو روش برای بهبود بهزیستی روانشناختی استفاده کنند.

### ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره IR.IAUDubai.REC.1398.17 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دبی است. همچنین، طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نموده و اطلاعات آزمودنی‌ها به‌طور ناشناس باقی می‌ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. علاوه بر آن،

ذهن‌آگاهی مورد استفاده در این شیوه درمانی موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آنها را به‌عنوان یک رویداد و نه به‌عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد و ذهن‌آگاهی نقش موثری در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی دارد. فرایند اصلی دیگر در این شیوه درمانی پذیرش است که فرایند تعهد را تسهیل می‌کند. فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرین‌های تجربه‌ای و استعاره‌ها است تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنادار در زندگی انتخاب می‌کنند را به‌طور کلامی بیان کنند (ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (عمل متعهدانه). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ضمن فراهم‌نمودن بستری به منظور پذیرش هیجان‌ها با بکارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌های درمانی به آموزش بیماران برای رهایی از مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای شاهد بودن و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند که این عوامل می‌توانند باعث افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز شوند.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت باعث افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز شد و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های ویلسون و همکاران [۲۰]، افشانی و همکاران [۲۱]، بلوث و بلانتون [۲۲]، طاهر کرمی و همکاران [۲۳] و فرخزادیان و میردریگوند [۲۴] همسو بود. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افزایش بهزیستی روانشناختی بر مبنای پژوهش فرخزادیان و میردریگوند [۲۴] می‌توان گفت که شفقت به خود در واقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیان میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد می‌باشد. درمان مبتنی بر شفقت به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند و یک طرز فکر مشفقانه می‌تواند چشم‌انداز ملایمی از پذیرش بسیاری از آثار بیماری را فراهم و به انجام تکالیف دوران بیماری کمک کند. این شیوه درمانی باعث می‌شود تا بیماران به جای پاسخ به این وقایع ناخوشایند بیماری خود با خشم و خودسرزنی، با مهربانی و مراقبت نسبت به خود رفتار کنند و این تجربه‌های ناخوشایند را نیز جزئی از تجارب مشترک انسانی بدانند. بنابراین، ارزیابی مشفقانه از خود باعث افزایش پذیرش خود و بهبود کیفیت روابط بین‌فردی می‌شود، میل افراد را برای رشد ارتقاء می‌بخشد و توانایی آنها برای مدیریت کردن زندگی و تسلط بر محیط افزایش می‌دهد که این عوامل می‌توانند نقش موثری در افزایش بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز داشته باشند.

علاوه بر آن، بین روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در مراحل مختلف ارزیابی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. پژوهشی که به مقایسه دو روش بر بهزیستی روانشناختی پرداخته باشد، یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت می‌توان به استفاده هر دو روش از مداخله گروهی اشاره کرد. بر مبنای پژوهش چرمچی و همکاران می‌توان گفت که گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی موثری را بیاموزند و سپس آموخته‌های خود را روی دیگران امتحان کنند. همچنین، آن‌ها

و تعهد و مبتنی بر شفقت توانستند با استفاده از تکنیک‌ها و راهبردهای خود میزان بهزیستی روانشناختی آنان را افزایش دهد. بنابراین، یادگیری نحوه استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مبتنی بر شفقت که جزء روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی هستند، می‌تواند نقش مهمی در بهبود ویژگی‌های مثبت روانشناختی از جمله بهزیستی روانشناختی مراجعان داشته باشد. در نتیجه، روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت می‌توانند در سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه، بهداشتی و درمانی مربوط به گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز نقش مهمی در بهبود بهزیستی روانشناختی آنان داشته باشند.

#### تشکر و قدردانی

پژوهشگران مطالعه حاضر از مسئولان انجمن مالتیپل اسکلروزیس شهر تهران به دلیل همکاری با پژوهشگران و از آزمودنی‌ها به دلیل مشارکت فعال در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

#### References

- Sanchez Martinez I, Cerdan Sanchez M, Lopez Roman J, Iniesta Martinez F, Carreon-Guarnizo E, Meca Lallana JE, et al. Possible Influence of the Route of Treatment Administration on Treatment Adherence in Patients With Multiple Sclerosis. *Clin Ther*. 2020;42(5):e87-e99. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.03.005 pmid: 32362347
- Abbatemarco JR, Fox RJ, Li H, Ontaneda D. Vitamin D and MRI measures in progressive multiple sclerosis. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;35:276-82. doi: 10.1016/j.msard.2019.08.014 pmid: 31445221
- Pouramiri M, Azimian M, Akbarfahimi N, Pishyareh E, Hossienzadeh S. Investigating the relationship between individual and clinical characteristics and executive dysfunction of multiple sclerosis individuals. (Persian). *Archiv Rehabil*. 2019;20(2):114-23. doi: 10.32598/rj.20.2.114
- Strober LB. Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): Importance of adopting a biopsychosocial model. *Disabil Health J*. 2018;11(4):555-61. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.05.003 pmid: 29891186
- Twenge JM, Martin GN. Gender differences in associations between digital media use and psychological well-being: Evidence from three large datasets. *J Adolesc*. 2020;79:91-102. doi: 10.1016/j.adolescence.2019.12.018 pmid: 31926450
- George LS, Maciejewski PK, Epstein AS, Shen M, Prigerson HG. Advanced Cancer Patients' Changes in Accurate Prognostic Understanding and Their Psychological Well-Being. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(5):983-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.12.366 pmid: 31887399
- Cheung AT, Li WHC, Ho LLK, Ho KY, Chiu SY, Chan CG, et al. Impact of brain tumor and its treatment on the physical and psychological well-being, and quality of life amongst pediatric brain tumor survivors. *Eur J Oncol*

همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را امضا و برای همه آنان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش شرح داده شد.

#### حمایت مالی

این مطالعه هیچ حامی مالی نداشته و با هزینه شخصی انجام شده است.

#### سهام نویسندگان

در مقاله حاضر علی‌اکبر غیبی مسئول نگارش پروپوزال، گردآوری داده‌ها و جمع‌آوری پیشینه نظری و پژوهشی و بیوک تاجری، شیرین کوشکی و ناصر صبحی قراملکی مسئول اجرای مداخله و نگارش، سامیت و ویرایش مقاله بودند.

#### تضاد منافع

بر اساس اظهارنظر نویسندگان در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

#### کاربرد عملی مطالعه

در پژوهش حاضر بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز دارای مشکلاتی در زمینه بهزیستی روانشناختی بودند و روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش

Nurs. 2019;41:104-9. doi: 10.1016/j.ejon.2019.06.003 pmid: 31358242

- Shirvani S, Fallah MH, Sedr Poushan N. The study of the effectiveness of compilation parenting education based on ACT and CFT and enriched whit Islamic teachings on first elementary children's self-esteem and self-compassion of their parents. *Iran J Educ Soc*. 2019;2(4):44-55.
- Lack S, Brown R, Kinser PA. An Integrative Review of Yoga and Mindfulness-Based Approaches for Children and Adolescents with Asthma. *J Pediatr Nurs*. 2020;52:76-81. doi: 10.1016/j.pedn.2020.03.006 pmid: 32213455
- Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*. 2020;32:155-66. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.01.002 pmid: 32000093
- Barrett-Naylor R, Gresswell DM, Dawson DL. The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2018;88:332-40. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.09.039 pmid: 30342877
- Grodin J, Clark JL, Kolts R, Lovejoy TI. Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *J Cont Behav Sci*. 2019;13:27-33. doi: 10.1016/j.jcbs.2019.06.004
- Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behav Ther*. 2017;48(2):207-21. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.012 pmid: 28270331
- McLean L, Steindl SR, Bambling M. Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of

- Sexual Abuse. *J Child Sex Abus.* 2018;27(2):161-75. doi: 10.1080/10538712.2017.1390718 pmid: 29131716
15. Veillette J, Martel M, Dionne F. A randomized controlled trial evaluating the effectiveness of an acceptance and commitment therapy-based bibliotherapy intervention among adults living with chronic pain. *Canadian J Pain.* 2019;3(1):209-25. doi: 10.1080/24740527.2019.1678113
16. Tracey D, Gray T, Truong S, Ward K. Combining Acceptance and Commitment Therapy With Adventure Therapy to Promote Psychological Wellbeing for Children At-Risk. *Front Psychol.* 2018;9:1565. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01565 pmid: 30210398
17. Siyadat S, Khajevand Khoshli A, Akbari H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and spiritual attitude in mothers with autistic children. (Persian). *IJRN.* 2019;5(4):58-64. doi: 10.21859/ijrn-05048
18. Moghadamfar N, Amraei R, Asadi F, Amani O. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. (Persian). *IJPN.* 2018;6(5):1-8. doi: 10.21859/ijpn-06051
19. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. Efficiency of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and sexual function in women with infertility history. (Persian). *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2019;27(4):250-9. doi: 10.30699/sjnhmf.27.4.250
20. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SWY. Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness.* 2019;10:979-95. doi: 10.1007/s12671-018-1037-6
21. Alireza Afshani S, Abooei A, Mohamad Abdoli A. Self-compassion training and psychological well-being of infertile female. *Int J Reprod Biomed.* 2019;17(10):757-62. doi: 10.18502/ijrm.v17i10.5300 pmid: 31807724
22. Bluth K, Blanton PW. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol.* 2015;10(3):219-30. doi: 10.1080/17439760.2014.936967 pmid: 25750655
23. Taher-Karami Z, Hossieni O, Dasht-Bozorgi Z. The effectiveness of compassion-focused therapy on resiliency, self-discrepancy, hope and psychological well-being of menopausal women in Ahvaz. (Persian). *Community Health.* 2018;5(3):189-97. doi: 10.22037/ch.v5i3.19235
24. Farokhzadian AA, Mirderekvand F. The effectiveness of self-compassion focused therapy on increase of psychological well-being and reduction of depression in the elderly. (Persian). *J Aging Psychol.* 2018;3(4):293-302.
25. Bagheri M, Tahmassian K, Mazaheri M. Efficacy of mindful parenting and parent management training integrative program on psychological wellbeing and happiness of children. (Persian). *Clin Psychol Stud.* 2018;8(30):1-26.
26. Siyadat SM, Khajevand Khoshli A, Akbari H. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological well-being and spiritual attitude in mothers with autistic children. (Persian). *IJRN.* 2019;5(4):58-64. doi: 10.21859/ijrn-05048
27. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self-care behaviors and blood sugar in diabetes patients. (Persian). *IJRN.* 2020;6(3):42-9. doi: 10.21859/ijrn-06306
28. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(6):1069-81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
29. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. (Persian). *IJPCP.* 2008;14(2):146-51.
30. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, Bakhtiarpour S. The effect of "cognitive behavior therapy" in method group on anxiety and psychological resilience of menopausal women. (Persian). *J Health Promot Manage.* 2016;5(5):15-21. doi: 10.21859/jhpm-06013