

Research Paper

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy With
Compassion-Focused Therapy on the Intensity of Resiliency and Worry in
Patients With Multiple SclerosisPardis MirMoeini¹ , *Mohammad Hosseini Bayazi¹ , Javad Khatbari² 

1. Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Razavi Khorasan, Iran.

2. Department of Psychology, Tonkabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Mazandaran, Iran.



Citation MirMoeini P, Bayazi MH, Khatbari J. [Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy With Compassion-Focused Therapy on the Intensity of Resiliency and Worry in Patients With Multiple Sclerosis (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2021; 25(1):88-103. <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.1.6671.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.1.6671.1>



Article Info:

Received: 03 oct 2021

Accepted: 23 Jan 2022

Available Online: 01 Apr 2022

Key words:

Acceptance and
commitment therapy,
Compassion-focused
therapy, Resilience,
Anxiety intensity

ABSTRACT

Background and Aim Given the increasing number of patients with multiple sclerosis and the psychological complications that affect this group, the present study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy for these patients

Methods & Materials This research was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. A total of 45 patients with multiple sclerosis were selected from MS patients in Tehran Clinic, Tehran City, Iran, in 2020. They were randomly divided into three groups: the first group was under treatment based on acceptance and commitment therapy, the second group was assigned to the compassion-focused therapy, and the third group was the control. The participants completed the Connor and Davidson resilience questionnaire and the Pennsylvania concern questionnaire in the pretest and post-test stages. The first and second groups participated in eight sessions of acceptance and commitment therapy and ten sessions of compassion-focused therapy, respectively. The control group did not receive any intervention. The post-test was done at the end of the therapy sessions. Data were reported by analysis of covariance.

Ethical Considerations This research was approved by the Torbat Jam Branch, Islamic Azad University (Cod: IR.IAU.TJ.REC.1399.012).

Results The results of univariate analysis of covariance were obtained at the statistical level of $P < 0.05$. In this regard, $F = 5.88$ for resilience and $F = 42.60$ for anxiety intensity were obtained, which indicated the greater effectiveness of acceptance and commitment treatment.

Conclusion Considering the effectiveness of both treatments, it is suggested that these treatments be given more attention to controlling patients' psychological symptoms.

* Corresponding Author:

Mohammad Hosseini Bayazi

Address: Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Razavi Khorasan, Iran.

Tel: +98 (51) 52510222

E-mail: bayazi123@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Multiple sclerosis (MS) is a chronic disease of the central nervous system that affects the brain and spinal cord [1]. The disease most often occurs between the ages of 20 and 40. According to the

World Health Organization (WHO), the disease prevalence in Iran is 20-60 per 100000 people, and the incidence in women is 3 to 4 times higher than in men [2]. The quality of life of patients with MS is more affected by psychological factors, such as coping, mood, self-efficacy, and perceived support, than biological factors. So, interventional studies should focus on psychological factors concerning the health of these patients and extend beyond social harm and their physical disability [5]. Given the increased number of patients with MS and the psychological factors affecting them, this study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion-focused therapy (CFT) for these patients.

Materials and Methods

This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients with MS under treatment by MS clinics in Tehran City, Iran, in the second half of 2019. The patients included 2500 people. Of whom, 45 patients were randomly assigned to ACT, CFT, and control groups. Participants completed the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) and the Pennsylvania state worry questionnaire (PSWQ) in both the pretest and posttest phases. The groups received eight sessions of ACT and ten sessions of CFT, respectively. The control group received no intervention. The posttest was performed at

the end of the treatment sessions. At the inferential statistics level, multivariate analysis of variance (MANOVA) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to eliminate the effect of pretest to test the study hypotheses. Questionnaires were reviewed to determine and extract outliers before performing descriptive and inferential analyses. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics in SPSS v. 24 software.

Results

The study sample consisted of 45 patients with MS, of whom 15 were randomly assigned to the first experimental group (ACT), 15 to the second experimental group (CFT), and 15 to the control group. The sample's age range was 20 to 40 years, with an average of 28.84 years. The number of females was 0.33 times higher than males. There was no significant difference between the subjects by age and level of education when analyzing qualitative data through descriptive statistics using measures of central tendency, dispersion, and frequency distribution.

Three groups had equal resilience and worry scores before intervening and in the pretest. The resilience and worry scores of the experimental group decreased compared to the control group after the intervention. Thus, there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of ACT ($P < 0.05$) and CFT ($P < 0.05$). The effectiveness of these two treatments is compared in Tables 1 and 2. According to the results of MANCOVA at the statistical level of $P < 0.05$, $F = 5.88$ for resilience and $F = 42.60$ for worry, ACT was more effective than CFT.

Table 1. Descriptive analysis of resilience in the experimental and control groups

Group	Phase	Variable	No.	Mean±SD
CFT	Pre-test	Total resilience score	15	69.01±2.57
	Post-test			82.29±6.17
ACT	Pre-test			68.87±2.56
	Post-test			84.82±2.26
Control	Pre-test			66.63±7.15
	Post-test			74.69±7.15

Table 2. Descriptive analysis of worry in the experimental and control groups

Group	Phase	Variable	Number	SD±Mean
CFT	Pre-test			66.59±5.16
	Post-test			37.42±8.20
ACT	Pre-test	Total worry score	15	67.59±7.46
	Post-test			50.23±2.28
Control	Pre-test			51.28±2.13
	Post-test			56.42±5.81

Discussion

Since self-compassion increases the secretion of oxytocin in the body, the immune system becomes more active and relieved. As a result, people become more aware of their difficult emotions, better manage them, and achieve higher resilience [41]. Because patients experience changes in their physical abilities, and these changes may lead them to self-blame and, consequently, worry and rumination about their physical condition, CFT can reduce patients' rumination and worry by affecting self-criticism. Self-compassion includes taking care of oneself in the face of difficulties. High self-compassion is associated with psychological well-being and protects the individual against stress [46]. The ACT approach suggests that human suffering results from psychological inflexibility reinforced by cognitive fusion and experiential avoidance [47]. The first goal of this treatment is to neutralize avoidant behaviors, and the second is to promote psychological resilience. However, a high-quality and healthy life depends on accepting negative and positive emotions in the first step and the commitment to reduce negative emotions in a balanced and calm way in the second step (reduced worry originates from this process). Thus, ACT can be expected to effectively reduce the severity of patients' worries [48]. In this treatment, people learn that stressors and anxieties are not problematic alone but that trying to cope with them is the main problem. The goal of this treatment is to increase a person's behavior repertoire in the presence of stressful behaviors, i.e., psychological resilience. Centralized processes of ACT teach participants how to abandon problem-solving avoidance strategies, break free from annoying thoughts, strengthen the observing self instead of the conceptualized self, accept internal events instead of control, and address their stated values [49].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has been approved by Islamic Azad University of Torbatjam with the code of ethics IR.IAU.TJ.REC.1399.012.

Funding

This article is the result of a doctoral student thesis of the Mir Moeini campus in the field of health psychology and has not received any financial aid from government, private or non-profit organizations.

Authors' contributions

All authors contributed equally in preparing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

We are grateful for the continuous presence of Dr. Amirreza Azimi Sain, MS Clinic MS Fellowship, who favored us in all stages of implementation and scientific research.



مقاله پژوهشی

مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

پردیس میر معینی^۱، *محمدحسین بیاضی^۱، جواد خلعتبری^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، خراسان رضوی، ایران.
 ۲. گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، مازندران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و عوارض روان‌شناختی‌ای که این گروه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت برای این بیماران انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه کنترل بود که در آن ۴۵ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از بین بیماران ام‌اس در کلینیک تهران در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه کنترل تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا را در هر ۲ مرحله قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. گروه‌ها به ترتیب در ۸ جلسه درمان پذیرش و تعهد و ۱۰ جلسه درمان متمرکز بر شفقت شرکت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس‌آزمون در پایان جلسات درمانی انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس گزارش شد.

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.012 به تصویب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربیت جام رسیده است. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح آماری $P < 0/05$ ، $F = 5/88$ برای تاب‌آوری و $F = 42/60$ برای شدت اضطراب به دست آمد که نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی هر دو روش درمانی، پیشنهاد می‌شود این درمان‌ها در کنترل علائم روان‌شناختی بیماران بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۱ مهر ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۳ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۲ فروردین ۱۴۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، تاب‌آوری، شدت نگرانی

* نویسنده مسئول:

محمدحسین بیاضی

نشانی: خراسان رضوی، تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربیت جام، گروه روانشناسی.

تلفن: ۰۲۲۲ ۵۲۵۱ (۵۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: bayazi123@gmail.com



مقدمه

امروزه رویارویی و چالش با مشکلات روزمره بخشی از زندگی انسان شده است. هر فردی در طول روز با رویدادهای تنش‌زای بسیاری مواجه می‌شود. پژوهشگران علوم روان‌شناختی بر این باور هستند که رویدادهای تنش‌زا در بروز اختلالات روان‌شناختی نقش مؤثری دارند. در عین حال مطالعات نشان می‌دهد بین رویدادهای تنش‌زا و اختلالات روان‌شناختی، عوامل تعدیل‌کننده ای وجود دارد که موجب می‌شود این رویدادها تأثیر متفاوتی بر افراد داشته باشند. این عوامل، تأثیر رویدادهای خطرناک را تعدیل می‌کنند و فرد را در مقابل مبتلا شدن به مشکل روان‌شناختی حمایت می‌کنند و به آن‌ها کمک می‌کنند سریع‌تر بهبود پیدا کنند. یکی از سازه‌هایی که باعث تطابق و سازگاری هر چه بیشتر انسان‌ها با نیازها، چالش‌ها و تهدیدات زندگی می‌شود، تاب‌آوری است. در روان‌شناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با عوامل تنش‌زا و فجایع را تاب‌آوری نامیده‌اند [۱۰]. همچنین بیماری ام‌اس شدیداً موجب نگرانی مبتلایان می‌شود و آن‌ها را مجبور به سازگاری با ناتوانی‌های ناشی از بیماری می‌کند. در تجربه بسیاری از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارتباطی قوی بین نگرانی و بازگشت بیماری وجود دارد. بیشتر آن‌ها این موضوع را که علائم بیماری طی زمان استرس و نگرانی تشدید می‌شود، بیان می‌کنند [۷]

آمارها نشان از سیر صعودی این بیماری در جهان و در کشورمان دارد. پس ضروری است اقدامی همه‌جانبه در جهت کنترل و درمان این بیماری انجام شود. مشکلات روانی مولتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت سالم و سایر بیماری‌های مزمن به مراتب رایج‌تر هستند. ادبیات تحقیق تجربی حکایت از نرخ بالای افزایش اضطراب و مشکلات مربوط به روابط و نقش اجتماعی دارد، به همین جهت ضروری است که راهکارهای مناسب و مؤثری برای بهتر زیستن این بیماران پیدا شود [۱۱].

شفقت به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود است، زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود، شفقت به خود به‌عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود. شفقت به خود شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت و انتقاد از خود، ارتباطات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی بیش‌ازحد با دیگران است. شفقت به خود موجب احساس مراقبت فرد نسبت به خود، آگاهی یافتن، نگرش بدون داوری نسبت به ناپسندگی و شکست‌های خود و پذیرش این نکته است که تجارب وی نیز بخشی از تجارب معمول بشری است. در واقع شفقت خود، پذیرش این نکته است که رنج، شکست و ناپسندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است [۱۲]. مهربانی با خود، درک خود به‌جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه احساسات مشترک انسانی است [۱۳]. در درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام‌اس) یکی از بیماری‌های مزمن سیستم عصبی مرکزی است که مغز و نخاع را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد [۱]. سن بروز بیماری بیشتر بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. شیوع بیماری در ایران طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰ تا ۶۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر و میزان ابتلا در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است [۲]. این بیماری تمام افراد را به یک شکل تحت‌تأثیر قرار نمی‌دهد، وسیع‌الطیف است و انواع مختلفی دارد [۳]. استعداد و ساختار جسمی فرد، اختلال در تنظیم و تعادل سیستم ایمنی، عوامل محیطی و نژادی، مواجهه فرد با ویروس‌ها در طول زندگی، واکسیناسیون و استرس از جمله عواملی هستند که در ایجاد بیماری ام‌اس تأثیرگذار هستند [۴]. همچنین عوامل روان‌شناختی زیادی شامل مقابله، خلق، خودکارآمدی و حمایت ادراک‌شده بیش از متغیرهای بیولوژیک در کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس نقش دارند. بنابراین مطالعات مداخله‌ای بایستی عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آن‌ها بسنده نکنند [۵].

با توجه به سطح ناتوانی فرد در پایان ۵ یا ۱۰ سال اول، می‌توان تا حد قابل‌قبولی سیر آتی بیماری را مشخص کرد [۶]. این بیماری نوعی بیماری علاج‌ناپذیر مغز است که شدیداً موجب نگرانی و کاهش تاب‌آوری مبتلایان می‌شود و آن‌ها را مجبور به سازگاری با ناتوانی‌های ناشی از بیماری می‌سازد. در تجربه بسیاری از افراد مبتلا، ارتباطی قوی بین نگرانی و بازگشت بیماری وجود دارد. در طول زمان نگرانی، به انرژی بیشتری برای فکر کردن و حل مشکلات زندگی روزانه نیاز است و این تحلیل انرژی سبب خستگی و اختلال در عملکرد روزانه بیماران می‌شود [۷]. فشارهای روانی به‌عنوان یک عامل احتمالی برای بازگشت و پیشرفت ام‌اس ذکر شده است [۸]. بیماری مزمن، فرد را با مسائل تنش‌زا و مشکلات مهم در زندگی روبه‌رو می‌کند و به عقیده متخصصین بهداشت روانی، تاب‌آوری باعث می‌شود افراد رفتارهای مثبت انطباقی‌تر از خود نشان دهند. پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری موجب می‌شود افراد نتایج منفی را به نتایج مثبت تبدیل کنند. نتایج مثبت یا انطباق مثبت یعنی رفتارهای شایسته و موفقیت‌آمیز اجتماعی، زمانی که افراد در مراحل خاصی از زندگی خود با مشکل یا مسئله‌ای روبه‌رو می‌شوند تا انعطاف‌پذیری مؤثر در برابر حوادث زندگی و توانایی سازگاری مناسب هنگام قرار گرفتن در معرض حوادث استرس‌زا و خطرناک یا تهدیدهای مهم داشته باشند [۹].

1. Multiple Sclerosis (MS)
2. World Health Organization (WHO)



احساس شفقت داشته باشند [۲۵]. از سوی دیگر شفقت، اذعان به این نکته است که همه دردها را نمی‌توان حل یا درمان کرد، اما تمام رنج را می‌توان با آغوشی از شفقت تسکین بخشید. در واقع با ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، ما امکان رویارویی با مشکلات و رنج‌های زندگی را پیدا می‌کنیم و با شفقت، توانایی برخوردی مؤثر در مقابل آن‌ها را به دست می‌آوریم. از آنجایی که پژوهش در مورد اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و شدت نگرانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس دارای سابقه پژوهشی نیست، در پژوهش حاضر، پژوهشگر به دنبال پاسخ‌گویی به این پرسش‌هاست که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و شدت نگرانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مؤثر است؟ و نیز آیا در بین این دو شیوه مداخله در اثربخشی بر متغیرهای یادشده تفاوتی معنادار مشاهده می‌شود؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری هدفمند از میان جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس تحت درمان توسط پزشکان کلینیک ام‌اس در شهر تهران است که در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۸ با تعداد ۲۵۰۰ نفر انجام شد.

نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به روش هدفمند بود. به این صورت که پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون و همچنین نگرانی پنسیلوانیا به ۱۶۶ نفر از بیماران جامعه آماری پژوهش ارائه شد. از بین آن‌ها ۹۲ نفر که بالاترین نمرات در شدت نگرانی و نمرات پایین در تاب‌آوری کسب کرده بودند، شناسایی شدند. سپس ۴۵ نفر به کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند و با قرعه‌کشی در ۳ گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش اول، درمان متمرکز بر شفقت به خود ۱۵ نفر؛ گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

طبق نظر دلاور [۲۶] برای پژوهش‌هایی از نوع آزمایشی و علی مقایسه‌ای حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود. اگرچه برخی اوقات تحقیق آزمایشی با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه و در شرایط کنترل شده، صورت می‌گیرد. قبل و بعد از انجام مداخله با متغیرهای مستقل (گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) با انجام آزمون، گروه‌ها مورد مشاهده و اندازه‌گیری و ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

در این پژوهش به مفاد اخلاقی در دو بخش اجرایی و نگارشی عمل شده است. در بخش اجرایی حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری شده رعایت شد. به این صورت که اطلاعات گردآوری شده در راستای هدف این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین در این پژوهش احترام به کرامت و حقوق

یک رابطه شفقت‌ورز، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی، لازمه کمک به مراجعان می‌شود. از نتایج درمان متمرکز بر شفقت به خود، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب‌آوری آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت‌آمیز است [۱۴]. ایجاد یک زندگی غنی و پر معنا، در حالی که فرد رنج‌ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد، اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های هدایت‌شده صورت می‌گیرد. آن هم در حالی که کاملاً آماده و متعهد است تنها از طریق یک اقدام هشیارانه یک زندگی پر معنا بسازد [۱۵].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان جایگزینی برای اشکال سنتی‌تر روان‌درمانی (مانند درمان شناختی-رفتاری کلاسیک) تدوین شده است. تأکید اصلی این درمان بر کاهش شدت فراوانی هیجانات و افکار آزاردهنده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تلاش مستقیم برای کاهش موارد اخیر بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند، تأکید می‌کند. به عبارت دیگر، درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش نمی‌کند تا افکار آشفته‌ساز درمان‌جو را تغییر دهد یا هیجانات ناخوشایندش را کاهش دهد [۱۶]. مطالعات نشان می‌دهد برای تغییر و کاهش پیامدهای روانی ناشی از بیماری‌ها، روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد. پژوهش‌ها اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی را بر مشکلات روان ناشی از بیماری‌های متعدد به اثبات رساندند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمان از جمله درمان‌های جدی و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روان‌شناسی است که اصول زیربنایی آن شامل: پذیرش و یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌هاست. عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. از این‌رو، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شرایط موجود و مسیرهای پیش‌رو به سمت پذیرش و رشد شخصی در بحران‌ها حرکت می‌کند. با توجه به شرایط پیش‌آمده در وضعیت فرد، پذیرش به تدریج به وجود می‌آید تا فرد به احساسی برای خودش به عنوان یک فرد مناسب از نظر اجتماعی، جنسی و شغلی دست یابد [۱۷].

در پژوهش‌های متنوعی، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی [۱۸] کاهش شدت درد بیماران ام‌اس [۱۹]، کاهش پریشانی و نگرش‌های ناکارآمد [۲۰]، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام‌اس [۲۱]، تاب‌آوری [۲۲]، حافظه منطقی و مهارت حل مسئله [۲۳]، تضاد شناختی و افکار خودآیند منفی [۲۴]، مورد پژوهش قرار گرفته است.

درمان متمرکز بر شفقت به افراد می‌آموزد احساسات دردناک خود را کنار نزنند و از آن اجتناب نکنند و آن‌ها را بپذیرند بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن



از پرسش‌نامه سرسختی کوباسا بر روی ۳۰ نفر از بیماران روان-پزشکی انجام شده است و نتایج نشان داد پرسش‌نامه تاب‌آوری با پرسش‌نامه سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، اما با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه‌شده پایین ارتباط دارد. به‌طور کلی نتایج نشان از پایایی و روایی مطلوب پرسش‌نامه تاب‌آوری دارد. پرسش‌نامه تاب‌آوری در ایران را محمدی در ۱۳۸۵ هنجاریابی کرده است و نتایج نشان داد این پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برخوردار است. در مورد روایی آن با استفاده از روش تحلیل عاملی، محاسبه هر نمره با نمره کل نشان داده است که به‌جز ۳ سؤال، ضرایب سؤالات دیگر بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ بود. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا

پرسش‌نامه نگرانی پنسیلوانیا یک پرسش‌نامه خود گزارش‌دهی ۱۶ سؤالی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخ‌گویی به سؤالات براساس طیف لیکرت است. نتایج تحلیل عاملی این پرسش‌نامه نشان داد مدل ۲ عاملی این پرسش‌نامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک عاملی دارای برآزش بهتری است. ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی (با فاصله زمانی ۱ ماه) پرسش‌نامه در حد بالایی بود. همچنین پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر به معنای عدم پایداری، تا مثبت ۱ به معنای پایایی کامل است و هرچه مقدار به‌دست‌آمده به عدد مثبت ۱ نزدیک‌تر باشد، قابلیت اعتماد پرسش‌نامه بیشتر می‌شود [۲۹].

یافته‌ها

نمونه مورد مطالعه در پژوهش حاضر ۴۵ نفر بیمار مبتلا به ام‌اس بود. از این تعداد، به‌تصادف، ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم (درمان متمرکز بر شفقت) و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین ۲۸/۸۴ بود. در جنسیت تعداد زنان ۰/۳۳ برابر مردان بود. تحلیل توصیفی نمونه مورد مطالعه در **جدول شماره ۲، ۳ و ۴** قابل مشاهده است.

در تحلیل داده‌های کیفی از طریق آمار توصیفی به کمک شاخص‌های گرایش مرکزی، پراکندگی و توزیع فراوانی در متغیرهای سن و تحصیلات، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد.

حریم خصوصی، اسرار و آزادی آزمودنی‌ها توجه شد. توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها، کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن درمان متمرکز بر شفقت بر خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها از دیگر اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش بود. درمان اثربخش‌تر یعنی درمان پذیرش و تعهد بعد از اتمام کار پژوهش برای گروه کنترل اجرا شد.

ملاک‌های ورود: ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛ سطح سواد بالاتر از سیکل؛ عدم اعتیاد به مواد مخدر و عدم مصرف هرگونه داروی آرام‌بخش که بتواند بر متغیرهای مورد مطالعه اثر بگذارد (آنتی‌دپرسانت، ضد اضطراب و آرام‌بخش‌ها).

ملاک‌های خروج: روان‌پریشی و مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان؛ غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی؛ مشکلات شدید خانوادگی و انصراف آزمودنی.

جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود^۳

جلسات درمانی متمرکز بر شفقت به خود براساس مفاهیم پائول گیلبرت و طبق **جدول شماره ۱** طراحی شده است که در ایران روایی محتوایی این بسته با نظرخواهی از ۳ نفر متخصص روان‌شناسی بالینی و آشنا به درمان‌های موج سوم در **دانشگاه الزهرا و دانشگاه خوارزمی** تهران تأیید شده است [۲۷].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر دارای مدرک دوره آموزش پذیرش و تعهد، با استفاده از پروتکل درمانی که روایی محتوایی و کاربردی آن توسط متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است [۲۸]، اجرا شد. شرح جلسات در **جدول شماره ۱** آمده است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون

این پرسش‌نامه ۲۵ گویه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای دارد. در این پرسش‌نامه، حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر است و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات سؤالات است. کانر و دیویدسون پایایی آزمون بازآزمون این پرسش‌نامه را بر روی ۲۴ بیمار اختلال اضطراب فراگیر^۵ و اختلال آسیب پس از سانحه^۶ را ۰/۸۷ گزارش کردند. روایی همگرایی این پرسش‌نامه با استفاده

3. Compassion-Focused Therapy (CFT)

4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

5. Generalized Anxiety Disorder (GAD)

6. Posttraumatic Stress Disorder (PSD)



جدول ۱. شرح جلسات

تاریخ	محتوای جلسات درمانی گروه درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد	محتوای جلسات درمانی گروه درمان متمرکز بر شفقت به خود
اول	جلسه اول برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش و بستن قرارداد درمانی.	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث در مورد موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و درمان متمرکز بر شفقت به خود، ارزیابی و بررسی میزان احساس تنهایی و خودانتقادی شرکت‌کننده‌ها، عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی مبتنی بر شفقت به خود بود. در انتهای جلسه تکلیف خانگی به آن‌ها داده شد. از آن‌ها خواسته شد در خانه به ثبت خودانتقادی‌ها و چالش‌های روزانه خودشان بپردازند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده در این جلسه شناسایی شود و آگاهی از احساس تنهایی و خود انتقادی بود.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	هدف شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت به خود، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت به خود و مروری بر خودشفقتی اعضا بود. در انتهای جلسه درمانی از اعضا خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود را در فعالیت‌های روزانه خود به‌عنوان تکلیف خانگی ثبت کنند. رفتار موردنظر از آن‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.
چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	هدف مرور تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و در اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی)، در مقابل احساسات خودتخریبگرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود در فعالیت‌های روزانه خود را ثبت کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	هدف تمرین جلسه قبل، ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت به خود با غیرشفقت به خود، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به‌خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آن‌ها خواسته شد تا اشتباهات روزانه خود را ثبت و عوامل مرتبط با آن را شناسایی کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش شفقت به خود بود.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزو محتوای ذهنی هستند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	در این جلسه هدف مرور و تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشیدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش‌رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن با چالش‌های مختلف بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه خود را ثبت کنند. رفتار موردنظر از اعضا در این جلسه بهبود و توسعه شفقت به خود بود.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، معنی و پیوسته و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی) بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا شفقت را در فعالیت‌های روزانه خود به کار گیرند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان‌شان بنویسند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه بهبود احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.
نهم		در این جلسه هدف آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به اعضا بود تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در نهایت جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد. از آن‌ها خواسته شد تا خودشفقتی در چالش‌های روزانه را ثبت و یادداشت کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش و رشد شفقت به خود بود.
دهم		در این جلسه، مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد. سپس از آن‌ها در شرایط یکسان پس‌آزمون گرفته شد.





جدول ۲. توصیف تحصیلات شرکت‌کننده‌های پژوهش

تعداد (درصد)	سطح تحصیلات	گروه
۱۶/۶۶	دیپلم	شفقت با خود
۲(۱۲/۲۳)	فوق دیپلم	
۸(۵۲/۲۳)	لیسانس	
۴(۲۶/۶۶)	فوق لیسانس و دکتری	
۳(۲۰)	دیپلم	پذیرش و تعهد
۵(۳۲/۲۳)	فوق دیپلم	
۶(۴۰)	لیسانس	
۱۶/۶۶	فوق لیسانس و دکتری	
۳(۲۰)	دیپلم	کنترل
۵(۳۲/۲۳)	فوق دیپلم	
۴(۴۰)	لیسانس	
۳(۲۰)	فوق لیسانس و دکتری	



بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری و شدت نگرانی بیماران مولتیپل اسکلروزیس و اینکه کدام روش مؤثرتر است، انجام شد. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت، هر یک به‌تنهایی نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان دادند و در بهبود تاب‌آوری و شدت نگرانی مؤثر بودند مطالعه‌ای که یافته‌های آن به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، مشاهده نشد، اما این

قبل از مداخله در پیش‌آزمون، نمرات تاب‌آوری و شدت نگرانی در ۳ گروه مساوی بودند، اما بعد از مداخله در ۲ گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، میانگین نمرات تاب‌آوری و شدت نگرانی کاهش یافت. در صورتی که در گروه کنترل تغییری محسوس مشاهده نشد. بدین ترتیب در گروه‌های آزمایشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل $P < 0/05$ و درمان متمرکز بر شفقت با گروه کنترل $P < 0/05$ ، اختلاف معناداری مشاهده شد. مقایسه اندازه اثر این دو درمان، طبق **جدول شماره ۵ و ۶**، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت، اثربخشی بالاتری دارد.

جدول ۳. تحلیل توصیفی تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل

میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	متغیر	سطح	گروه
۶۹/۰۱ \pm ۲/۵۷	۱۵	نمره کل تاب‌آوری	پیش‌آزمون	شفقت
۸۲/۲۹ \pm ۶/۱۷			پس‌آزمون	
۶۸/۸۷ \pm ۲/۵۶			پیش‌آزمون	پذیرش و تعهد
۸۴/۸۲ \pm ۲/۲۶			پس‌آزمون	
۶۶/۶۳ \pm ۷/۱۵	۱۵	نمره کل تاب‌آوری	پیش‌آزمون	کنترل
۷۴/۶۹ \pm ۷/۱۵			پس‌آزمون	





جدول ۴. تحلیل توصیفی نگرانی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	سطح	متغیر	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار
شفقت	پیش‌آزمون	نمره کل نگرانی	۱۵	۶۶/۵۹ \pm ۵/۱۶
	پس‌آزمون			۳۷/۴۲ \pm ۸/۲۰
پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون			۶۷/۵۹ \pm ۷/۴۶
	پس‌آزمون			۵۰/۲۳ \pm ۲/۲۸
کنترل	پیش‌آزمون			۵۱/۲۸ \pm ۲/۱۳
	پس‌آزمون	۵۶/۴۲ \pm ۵/۸۱		



امنیت و تسکین موجب می‌شود افراد با پذیرش و درک بیشتری با هیجان‌های دشوارشان روبه‌رو شوند و بهتر آن را مدیریت کنند و به تاب‌آوری بالاتری دست پیدا کنند [۴۰]. شفقت به خود نیازمند هشیاری همراه با توجه آگاهی نسبت به هیجان‌های خود است. بنابراین از احساسات پریشان‌کننده و دردناک اجتناب نمی‌شود، بلکه با آن‌ها با مهربانی، پذیرش و احساس انسانیت مشترک برخورد می‌شود [۴۱].

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، همین موارد می‌توانند به راحتی فرد مبتلا را از نظر امید به زندگی در شرایط بد و ناگواری قرار دهند. از طرف دیگر، انسان‌ها به‌طور کلی موضوع شفقت‌ورزی و مهربانی

یافته با نتایج تحقیقاتی که اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تأیید کرد، در این زمینه همسو است [۳۹-۳۰] در پژوهش حاضر این دو درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت) در مقایسه باهم تفاوت معناداری را نشان دادند و می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر است.

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در افزایش تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در بیماران، می‌توان گفت از آنجایی که خودشفقت‌ورزی ترشح اکسی توسین را در بدن افزایش می‌دهد، این عامل سبب فعالیت بیشتر سیستم امنیت و تسکین می‌شود و افزایش شفقت‌ورزی به خود نقش اساسی در سیستم تنظیم هیجان دارد. به این صورت که با فعال کردن سیستم

جدول ۵. تحلیل کوواریانس مقایسه درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۴۶۴/۱۳	۱	۴۶۴/۱۳	۵/۸۸	۰/۰۰	۰/۴۱
خطا	۲۲۰۹/۷۳	۲۸	۷۸/۹۱	-	-	-
کل	۳۹۲۸۴	۳۰	-	-	-	-



جدول ۶. تحلیل کوواریانس مقایسه درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۵۲۰/۸۳	۱	۵۲۰/۸۳	۴۲/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸
خطا	۲۴۱/۵۳	۲۸	۸/۶۲	-	-	-
کل	۹۰۷۷/۰۰	۳۰	-	-	-	-





کاهش استرس و اضطراب نقش بسیاری دارد. به‌طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای خودشفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خودشفقتی هستند، بسیار خوش‌بین‌تر هستند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند [۴۲].

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت نگرانی در بیماران، می‌توان گفت در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای تقویت می‌شود [۴۷]. بنابراین در این رویکرد، اولین هدف درمان، خنثی کردن رفتارهای اجتنابی و دومین هدف، ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که از طریق ۶ فرایند رفتاری یعنی ارتباط با زمان حال، پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، شناسایی ارزش‌ها و عمل متعهدانه به ارزش‌ها به دست می‌آید. کاهش نگرانی به‌عنوان یک ساختار اساسی متشکل از تحمل، توجه، جذب، ارزیابی و تنظیم تجارب احساسی منفی و به‌ویژه پیشگیری از اقدام به اجتناب یا واکنش هیجانی در نظر گرفته شده است و از طرفی با در نظر گرفتن این حقیقت که داشتن زندگی با کیفیت، راحت، آرام و سرشار از سلامتی در گرو پذیرش احساسات منفی و مثبت در قدم اول و تعهد به کاهش احساسات منفی به شیوه متعادل و آرام در قدم دوم است (کاهش نگرانی از همین فرایند شکل می‌گیرد). می‌توان انتظار داشت تا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت نگرانی درمانجویان مؤثر باشد [۴۸]. درحقیقت کاهش نگرانی نشانه‌ساز یافتگی مطلوب در شخص است و فرد سالم یاد می‌گیرد که نگرانی را به‌عنوان یک احساس در زندگی بپذیرد و این همان موضوعی است که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و آن را به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر بر کاهش شدت نگرانی معرفی می‌کند. در نتیجه طبیعی است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌واسطه امتیازاتی همچون جداسازی فرد از افکارش و پذیرش رنج برخی مشکلات ذهنی و با افزایش تعهد به عمل مثبت در جهت بهبود خود بر کاهش شدت نگرانی مؤثر باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد احتمالاً نگرانی را از طریق کاهش توقعات بیمارگونه، کاهش سریع هیجانات منفی و افکار آزارنده و پذیرش آن‌ها در سطح ذهن و بدن به‌عنوان ملزومات انسان بودن، افزایش می‌دهد، به‌علاوه سبب می‌شود فرد وقایع را از نظر شناختی جذب، ارزیابی و تنظیم کند و به‌این ترتیب شدت نگرانی کاهش یابد. افراد مبتلا به مولتیپل اسکروزیس افکار هیجانات منفی زیادی ناشی از شرایط بیماری تجربه می‌کنند. به‌منظور مقابله با چنین هیجانات و افکاری، آن‌ها نیازمند تسکین دادن و رفع کردن و از همه مهم‌تر نیازمند غلبه بر برچسب‌های ناشی از بیماری بدون هرگونه آسیب هستند. این افراد باید پذیرش خود را بدون و یا با کمترین میزان آسیب از هیجان‌های منفی افزایش دهند و در این راستا متعهدانه گام بردارند.

نسبت به خود را نیاموختند که این موضوع نیز می‌تواند برای آن‌ها مزید بر علت شود. بنابراین افراد در این درمان ابتدا با استفاده از ذهن‌آگاهی (بهوشیاری)، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس بازخوردی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند [۴۲]. در همین رابطه نشان‌داده‌شده است ذهن شفقت‌ورز نسبت به خود و دیگران در زمان مواجهه با تنیدگی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود [۴۳]. در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند و آن‌ها را نادیده نگیرند. بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در تمرین‌های خودشفقتی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت [۲۵].

می‌توان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی را به این شکل تبیین کرد که درمان متمرکز بر شفقت به دنبال شفاف‌سازی اجزای اصلی شفقت مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی است. در واقع پرورش شفقت به خود، شفقت به دیگران و پذیرش شفقت از سوی دیگران، می‌تواند پناهگاه روان‌شناختی امن و معنوی را به وجود آورد که در نتیجه آن افراد به‌طور مؤثری با پیشامدهای آسیب‌زای زندگی روبه‌رو شوند. درمان مبتنی بر شفقت همانند یک روش تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن‌ها می‌کند. به‌نظر می‌رسد به‌واسطه این خودتنظیمی هیجانی، مشکلات روان‌شناختی کاهش می‌یابد و در نتیجه ادراک فرد از توانایی‌های خود به‌ویژه در زمینه هیجانی و عاطفی در مقابله با موقعیت‌ها و شرایط تنش‌زا بهبود می‌یابد [۴۴].

تحقیقات گذشته به نقش اثربخش درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادگری اشاره کردند [۴۵]. با توجه به اینکه بیماران مولتیپل اسکروزیس از نظر وضعیت و توانایی‌های بدنی دچار تغییراتی می‌شوند و این تغییرات ممکن است افراد را دچار خودسرزنشگری و در نتیجه نگرانی و نشخوار فکری در مورد وضعیت جسمانی خود کنند، در نتیجه درمان مبتنی بر شفقت از طریق اثرگذاری بر حوزه خودانتقادگری می‌تواند به کاهش نشخوارگری و نگرانی بیماران دچار مولتیپل اسکروزیس منجر شود.

شفقت به خود از جمله عواملی است که در کاهش اضطراب و نگرانی کمک می‌کند. شفقت به خود شامل مراقبت از خود در مواجهه با سختی‌های ادراک‌شده است و خودشفقتی بالا با بهزیستی روان‌شناختی همراه است و از فرد در مقابل استرس حمایت می‌کند. شفقت به خود یک پیشگوی قدرتمند برای سلامت روانی است که در کاهش استرس، اضطراب و نگرانی مؤثر است [۴۶]. در تمرین‌های شفقت‌ورزی بر تن‌آرامی، ذهن‌آرامی و شفقت‌ورز و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که در آرامش ذهن فرد،



داشتن تمایل به تجربه کردن افکار و احساسات کمک می‌کنند و با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند. این رویکرد از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند [۴۹]. درمان پذیرش و تعهد از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود که می‌تواند در افزایش تاب‌آوری افراد مؤثر باشد.

روش درمانی پذیرش و تعهد بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی و همجوشی‌زدایی تأکید می‌کند. در رویکرد پذیرش و تعهد ضرورتی مطرح می‌شود: کمک به افراد به‌منظور رهایی از خودارزیابی‌ها و برجسب زدن‌های آزردهنده که با هیجانات دردناک همراه هستند و تحت عنوان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار می‌رود. این حاصل مجموعه‌ای از فرایندها مثل گسلش، متعهد بودن به ارزش‌ها، خود به‌عنوان زمینه، پذیرش، عمل متعهدانه و ذهن‌آگاهی است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر با موضوع مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیانگر اثربخشی هر دو درمان در کاهش شدت نگرانی و افزایش تاب‌آوری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس است. در مورد مقایسه میزان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز تفاوت معناداری وجود دارد و می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌مراتب اثربخشی بیشتری بر شدت نگرانی و شدت نگرانی بیماران در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به پشتوانه‌های پژوهشی متعددی که در حوزه‌های متفاوت در تأیید اثربخشی این دو درمان مطرح شده است، کنترل علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد توجه ویژه‌ای قرار گیرند.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ناتوانی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، مشکلات روزمره بیماران در حین درمان با توجه به شرایط پاندمی کرونا و قرنطینه شدن این بیماران و متعاقب آن نداشتن دوره پیگیری، عدم تحقیقات و مطالعات مشابه در موضوع موردنظر اشاره کرد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش، محدود شدن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس و استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود که این محدودیت‌ها در استفاده از نتایج و تعمیم آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرد. بنابراین توصیه می‌شود پژوهش‌هایی از این دست با استفاده از مصاحبه به‌جای پرسش‌نامه صورت گیرد.

تجربه بیماری مزمن، به‌طور خاص مولتیپل اسکلروزیس با برجسب‌ها و نگرش‌های خاص اجتماع از عوارض و ناتوانی‌های ناشی از آن، تجربه‌ای است بسیار سخت که با اضطراب و نگرانی درباره آینده بیماری همراه است و تمام نظام فکری فرد بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اختلالی در نظام فکری و روانی بیمار به وجود می‌آورد که با حالت عدم تعادل هیجانی همچون اضطراب، افسردگی، تنفر، عصبانیت و غیره همراه است. از آنجایی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارزش‌ها، عمل مؤثر، پذیرش، زیستن در زمان حال و دست‌یابی به حسی متعالی از خوبی‌ها تأکید می‌شود، پرواضح است که این درمان در کاهش علائم نگرانی مؤثر واقع شود.

درخصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به بیمار پیام‌دهد چگونه راهبردهای کنترل فکر را رها کند و با افکار مزاحم آمیخته نشود و چگونه هیجانات نامطبوع را راحت‌تر تحمل کند. درحقیقت تکنیک‌های پذیرش و گسلش، میزان آزردهندگی این موقعیت‌ها را برای فرد کاهش می‌دهد. کاهش اضطراب موقعیت‌های پراسترس در نتیجه استفاده از تکنیک‌های پذیرش و گسلش به افزایش تاب‌آوری منجر می‌شود. با توجه به اینکه یکی از موارد مورد تأکید این درمان شناخت و پایبندی به ارزش‌هاست، شاید بتوان گفت این مسئله به افراد کمک می‌کند تا به‌جای پرداختن به مشکلات زندگی بر ارزش‌ها متمرکز شوند و ضمن انتخاب اهداف ارزش‌ها از پرداختن و تمرکز بی‌فایده بر مشکلات پرهیز کنند.

در این درمان، افراد می‌آموزند وجود عوامل فشارزا، اضطراب‌ها و فکرها به‌خودی‌خود مسئله‌ساز نیست، بلکه تلاش برای تاب‌آوری در برابر آن‌ها مشکل اصلی است. درواقع هدف این درمان افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رفتارهای پراسترس است. چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. درواقع فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به شرکت‌کنندگان آموزش می‌دهد چگونه راهکارهای اجتنابی حل مسئله را رها کنند، از افکار مزاحم گسلیده شوند، به‌جای خود مفهوم‌پردازی‌شده خود مشاهده‌گر را تقویت کنند، رویدادهای درونی را به‌جای کنترل بپذیرند و به ارزش‌های تصریح‌شده خود بپردازند [۲۲]. به‌کارگیری پذیرش و تعهد به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی اثربخشی را افزایش دهد و موجب تاب‌آوری شود.

با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، افراد در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به‌طورکلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه مؤثرتری به کار می‌اندازند. درواقع درمانگران به‌جای تمرکز بر تغییر شکل محتوا، به مراجع در پذیرش و

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری بلندمدت استفاده شود تا میزان اثرگذاری درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور دقیق‌تری بررسی شوند. با در نظر گرفتن این مسئله که محیط زندگی، کار، شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد مواردی تأثیرگذار بر نتایج پژوهش است، در تعمیم نتایج به کل جامعه مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس باید احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی گروه آزمایش سوم هم در نظر گرفته شود که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شفقت را بر نمونه پژوهش مورد مطالعه قرار دهند. به‌علاوه از آنجایی که مدت ابتلا و نمرات مقیاس وضعیت ناتوانی گسترده^۷ بیماران ممکن است بر برخی متغیرهای روان‌شناختی بیماران تأثیرگذار باشد، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی این ۲ فاکتور در نظر گرفته شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.012 به تصویب دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام رسیده است.

حامی مالی

این مقاله حاصل رساله دانشجویی مقطع دکتری پردیس میرمعینی رشته روان‌شناسی سلامت است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمانی‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده‌سازی این مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از حضور مستمر امیررضا عظیمی صائین، فلوشیپ اماس کلینیک اماس که در تمام مراحل اجرایی و پژوهش علمی ما را مورد لطف و محبت خود قرار دادند، تشکر می‌شود.

References

- [1] Hauser SL, Cree BAC. Treatment of multiple sclerosis: A review. *Am J Med.* 2020; 133(12):1380-90.e2. [DOI:10.1016/j.amjmed.2020.05.049] [PMID] [PMCID]
- [2] Dehghan A, Memarian R. [Abundance of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients (Persian)]. *Alborz Univ Med J.* 2013; 2(2):82-8. [DOI:10.18869/acadpub.aums.2.2.82]
- [3] Tovsifian N, Qaderibagajan K, Mahmoodi A, Khaledian M. [Structural modeling of early maladaptive schemas and executive functions of people diagnosed with MS emphasizing on the role of the sense of loneliness factor (Persian)]. *J Neuropsychol.* 2017; 3(10):93-108. [Link]
- [4] Ebrahimi A, Eftekhari E, Etemadifar M. Effects of whole body vibration on hormonal & functional indices in patients with multiple sclerosis. *Indian J Med Res.* 2015; 142(4):450-8. [DOI:10.4103/0971-5916.169210] [PMID] [PMCID]
- [5] Khezri-Moghaddam N, Ghorbani N, Bahrami-Ehsan H, Rostami R. [Efficacy of group therapy on reduction of psychological signs of multiple sclerosis patients (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2012; 4(1):13-22. [DOI:10.22075/JCP.2017.2075]
- [6] Adibnejad S A. [Comprehensive Guide to Living with Multiple Sclerosis (MS) (Persian)]. Tehran: Hayan Publications; 2005. [Link]
- [7] Mohr DC, Pelletier D. A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain Behav Immun.* 2006; 20(1):27-36. [DOI:10.1016/j.bbi.2005.03.011] [PMID]
- [8] Brambilla R. The contribution of astrocytes to the neuroinflammatory response in multiple sclerosis and experimental autoimmune encephalomyelitis. *Acta neuropathologica.* 2019; 137(5):757-83. [DOI:10.1007/s00401-019-01980-7] [PMID] [PMCID]
- [9] Kralik D, van Loon A, Visentin K. Resilience in the chronic illness experience. *Educ Action Res.* 2006; 14(2):187-201. [DOI:10.1080/09650790600718035]
- [10] Tecson KM, Wilkinson LR, Smith B, Ko JM. Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2019; 32(4):520-4. [DOI:10.1080/08998280.2019.1625660] [PMID] [PMCID]
- [11] Spencer LA, Silverman AM, Cook JE. Adapting to multiple sclerosis stigma across the life span. *Int J MS Care.* 2019 ;21(5):227-34. [DOI:10.7224/1537-2073.2019-056] [PMID] [PMCID]
- [12] Raque-Bogdan TL, Piontkowski S, Hui K, Ziemer KS, Garriott PO. Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body Image.* 2016; 19:28-36. [DOI:10.1016/j.bodyim.2016.08.001] [PMID]
- [13] Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers.* 2007; 41(4):908-16. [DOI:10.1016/j.jrp.2006.08.002]
- [14] Ahmadpour Dizaji J, Zahrakar K, Kiamanesh A. [Comparative efficacy of compassion_focused therapy (CFT) and well_being therapy (WT) on psychological capital in female college students with romantic failure (Persian)]. *Sci Res Q Woman Cult.* 2017; 9(31):7-21. [Link]
- [15] Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychothe Aust.* 2006; 12(4):2-8. [Link]
- [16] Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. Oxfordshire: Routledge; 2010. [Link]
- [17] Kashdan TB, Ciarrochi JV. Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being. Oakland: New Harbinger Publications; 2013. [Link]
- [18] Parsa M, SabahiMohammadifar M. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2018; 10(1):21-8. [DOI:10.22075/JCP.2018.11686.1156]
- [19] Jahangiri M. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing intensity pain in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *Res Clin Psychol Couns.* 2018; 8(2):116-27. [DOI:10.22067/IJAPV812.67091]
- [20] Sheydayi Aghdam S, Shamseddini Iory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. [The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS (Persian)]. *Thought Behav Clin Psychol.* 2015; 9(34):57-66. [Link]
- [21] Rajabi S, Yazdkhasti F. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2014; 6(1):29-38. [DOI:10.22075/JCP.2017.2152]
- [22] Farahani M, heydari H. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency of MS patients (Persian)]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi J.* 2018; 7(6):149-62. [Link]
- [23] Shamel L, Davodi M, Mottaghi Dastenaee S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on logical memory and problem solving skill in people with multiple sclerosis (Persian)]. *J Cogn Psychol.* 2019; 7(2):51-62. [Link]
- [24] Ghadampour E, Marmazipour Z, Ranjibordar M, Aj A, Pireinoldin S, Yousefvand M. [The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on g reduce cognitive conflicts and negative self-coming thoughts (Persian)]. *Iran J Nurs Res.* 2019; 14(2):67-76. [Link]
- [25] Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Aust Clin Psychol.* 2017; 3(1):1743. [Link]
- [26] Delavar A. [Research method in psychology and educationalo science (Persian)]. Tehran: Virayesh Publication Institute; 2019. [Link]
- [27] Noori H, Shahabi B. [The effectiveness of self-compassion training on increasing resilience of mothers with children with autism (Persian)]. *Knowl Res Appl Psychol.* 2017; 18(3):4-10. [Link]
- [28] Hazavei F, Robotmeili S. [The effect of "acceptance and commitment therapy" on psychological flexibility and behavioral inhibition of adolescents with social anxiety disorder (Persian)]. *J Health Promot Manag.* 2019; 8(6):18-29. [Link]
- [29] Dehshiri G, Golzari M, Borjali A, Sohrabi F. [Psychometrics particularity of farsi version of Pennsylvania state worry questionnaire for college students (Persian)]. *J Clin Psychol.* 2009; 1(4):67-75. [DOI:10.22075/JCP.2017.1988]
- [30] Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34(7):580-93. [DOI:10.1016/j.cpr.2014.09.002] [PMID]

- [31] Najjari F, Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad M R. [The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment (ACT) on loneliness and psychological adjustment in women after divorce (Persian)]. *J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci.* 2017; 5(3):68-75. 2017; 5(3):68-75. [\[Link\]](#)
- [32] Mousavi S, Ahadi H, Khalatbari J, Mansheie Gh, Koohmanai Dr S. [Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological stress, loneliness and blood glucose in patients with diabetes (Persian)]. *J Guilan Univ Med Sci.* 2018; 26(104):72-9. [\[Link\]](#)
- [33] Javanbakht Z, Manshey G. [The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center (Persian)]. *Soc Workmag.* 2017; 5(4):39-32. [\[Link\]](#)
- [34] Ratajska A, Zurawski J, Healy B, Glanz Bl. Computerized cognitive behavioral therapy for treatment of depression in multiple sclerosis: A narrative review of current findings and future directions. *Int J MS Care.* 2019; 21(3):113-23. [\[DOI:10.7224/1537-2073.2017-094\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [35] Akbari Klor S, Habibi M, Ghator Z, Azimi Raviz F. [The effectiveness of group-based compassion therapeutic on uncertainty and concern in female students with generalized anxiety disorder (Persian)]. *Sci Res Q Woman Cult.* 2019; 10(40):53-66. [\[Link\]](#)
- [36] Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. [The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo (Persian)]. *J Dermatol Cosmet.* 2019; 10(1):18-29. [\[Link\]](#)
- [37] Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. [Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer (Persian)]. *Q J Health Psychol.* 2018; 7(27):152-68. [\[DOI:10.30473/HPJ.2018.38658.3886\]](#)
- [38] Eghrari E, Bayazi M, Rajayi A. [Comparative Study of the effect of two intervention methods of group therapy based on acceptance and commitment and group intervention of emotional regulation on glycosylated hemoglobin and quality of life in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *J Health Care.* 2021; 23(1):88-100. [\[DOI:10.52547/jhc.23.1.88\]](#)
- [39] MirMoeini P, Bayazi M H, Khalatbari J. [Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy with compassion focused therapy on loneliness in patients with multiple sclerosis (Persian)]. *Yafte.* 2021; 22(4):132-45. [\[Link\]](#)
- [40] Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014; 53(1):6-41. [\[DOI:10.1111/bjc.12043\]](#) [\[PMID\]](#)
- [41] Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Pers Psychol Compass.* 2011; 5(1):1-12. [\[DOI:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x\]](#)
- [42] Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol.* 2013; 69(1):28-44. [\[DOI:10.1002/jclp.21923\]](#) [\[PMID\]](#)
- [43] Beaumont E, Martin CJ. A proposal to support student therapists to develop compassion for self and others through compassionate mind training. *Arts Psychother.* 2016; 50:111-8. [\[DOI:10.1016/j.aip.2016.06.005\]](#)
- [44] Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2003; 2(2):85-101. [\[DOI:10.1080/15298860309032\]](#)
- [45] Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychol Med.* 2015; 45(5):927-45. [\[DOI:10.1017/S0033291714002141\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [46] Hoge EA, Hölzel BK, Marques L, Metcalf CA, Brach N, Lazar SW, et al. Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2013; 2013:576258. [\[DOI:10.1155/2013/576258\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [47] Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013; 44(2):180-98. [\[DOI:10.1016/j.beth.2009.08.002\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [48] Quinlan E, Deane FP, Crowe T. Pilot of an acceptance and commitment therapy and schema group intervention for mental health carer's interpersonal problems. *J Contextual Behav Sci.* 2018; 9(2):53-62. [\[DOI:10.1016/j.jcbs.2018.06.006\]](#)
- [49] kaviani Z, BakhtiarPoor S, Heidari A, Askary P, Eftekhari Z. [The effect of treatment based on acceptance and commitment (ACT), on resiliency and dysfunctional attitudes of MS female patients in Tehran (Persian)]. *Knowl Res App Psychol.* 2020; 21(1):84-92. [\[DOI:10.30486/JSRP.2019.581585.1627\]](#)

This Page Intentionally Left Blank