

Comparing the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Self-Compassion of Women With Multiple Sclerosis

Nikonejad N¹, *Khajevand Khoshli A¹, Hosseinaei A²

Author Address

1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. Department of Psychology and Educational Sciences, Azadshahr Branch, Islamic Azad University, Azadshahr, Iran.

*Corresponding Author E-mail: khajevand_a@yahoo.com

Received: 2020 June 29; Accepted: 2020 August 18

Abstract

Background & Objectives: Multiple Sclerosis (MS) is a chronic and progressive disease of the central nervous system with various and disabling physical–psychological symptoms, which brings about numerous problems for the patient. One of the factors that seems to affect the improvement of the psychological health of patients with MS is the level of self–compassion of these patients. This construct, defined as self–kindness and non–judgmental acceptance of responses to perceived challenges and failures, shows favorable continuous relationships with various psychological characteristics. Today, in addition to drug treatments, other treatments such as complementary treatments are considered and used to treat MS. Compassion–Focused Therapy (CFT) is one of the therapeutic approaches that has drawn the attention of modern therapists for treating certain diseases. Another psychological therapy that seems beneficial in improving the psychological health of patients with MS is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). So, this study aimed to the effectiveness of CFT and ACT on self–compassion of women with MS.

Methods: The research method was quasi–experimental with a pretest–posttest design and a one–month follow–up with the control group. The statistical population of the present study consisted of all female patients with MS who are members of the MS Association of Golestan Province in 2019. There were 60 patients selected by the available sampling method and randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group with 20 people). All three groups were evaluated in the pretest, posttest, and follow–up stages using Self–Compassion Scale (Neff, 2003). The inclusion criteria were as follows: female gender, definitive laboratory diagnosis and confirmation of the MS by a neurologist according to the patient's file, age range from 20 to 50 years, having at least primary education, not suffering from severe and acute stages of the disease (relapsing–recovery type patients), at least one year of history of suffering from the disease, completing the informed consent form stating that participation in the study is voluntary, not receiving psychological services outside of therapy sessions. The exclusion criteria were having diagnostic criteria for obvious psychiatric disorders based on a clinical interview, suffering from acute or chronic physical disorders (such as debilitating heart, respiratory, liver, musculoskeletal, and kidney diseases), addiction or alcohol consumption, and a history of participating in treatment programs in relation with CFT and ACT was within the last six months. Data in pretest, posttest and follow–up was gathered via Self–Compassion Scale (Neff, 2003). After assigning subjects to groups, for the first experimental group, CFT for eight sessions (two sessions per week for 45 minutes), and the second experimental group, ACT in eight sessions of one and a half hours. During the treatment packages in the experimental groups, the patients in the control group did not receive any treatment. To analyze the data at the level of descriptive statistics, average and standard deviation indices were used. At the level of inferential statistics, the Kruskal–Wallis test, analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc were used in SPSS version 24 software. The significance level of all tests was set at 0.05.

Results: Regarding the group effect, there was a significant difference between the experimental groups (CFT & ACT) and the control group in the self–compassion variable and its components ($p < 0.001$). Regarding the time effect, between the three stages of pretest, posttest and follow–up, there was a significant difference in the self–compassion variable and its components in the experimental groups (CFT & ACT) and the control group ($p < 0.001$). Also, there was a significant difference between the pretest, posttest, and follow–up stages between the treatment groups (CFT & ACT) and the control group in the self–compassion variable and its components ($p < 0.001$). Regarding the posttest and follow–up stages, there was a significant difference between the two experimental groups (CFT & ACT) and the control group ($p < 0.001$) and between the experimental groups ($p < 0.001$) in the self–compassion variable and its components.

Conclusion: Based on the findings of the research, both CFT and ACT are effective in improving self–compassion in women with multiple sclerosis. However, by analogy, CFT is significantly more effective.

Keywords: Self–compassion, Compassion–Focused therapy, Acceptance and commitment therapy, Multiple sclerosis.

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS)

ندا نیکونژاد^۱، *افسانه خواجهوندخوشلی^۱، علی حسینیان^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، آزادشهر، ایران.
*رابانامه نویسنده مسئول: khajevand_a@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹ تیر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ مرداد ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن پیش‌رونده سیستم اعصاب مرکزی است که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد بیمار به وجود می‌آورد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس استان گلستان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شصت بیمار واجد شرایط و داوطلب شرکت در مطالعه بودند که با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش اول، درمان متمرکز بر شفقت و گروه آزمایش دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌شبهه گروهی دریافت کردند؛ اما در طی ارائه بسته‌های درمانی برای گروه‌های آزمایش، گروه گواه درمانی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳) به‌کار رفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کروسکال‌والیس، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته‌ها: در اثر گروه بین گروه‌های آزمایش با گروه گواه در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$). در اثر زمان بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$)؛ همچنین بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمانی و گروه گواه در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$). در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش با گروه گواه ($p < 0/001$) و بین گروه‌های آزمایش ($p < 0/001$) در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، هم درمان متمرکز بر شفقت و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخشی دارند؛ اما در مقام مقایسه، درمان متمرکز بر شفقت به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری دارد.

کلیدواژه‌ها: خودشفقتی، درمان متمرکز بر شفقت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مالتیپل اسکلروزیس.

مالتیپل اسکلروزیس^۱ (ام‌اس) بیماری پیشرونده و مزمنی است که بر سیستم اعصاب مرکزی تأثیر می‌گذارد و از ویژگی‌های آن می‌توان به ایجاد نواحی التهاب موضع، دمیلینه‌شدن و زوال آکسون‌ها اشاره کرد. مالتیپل اسکلروزیس از بیماری‌های مهم‌تر سیستم عصبی مرکزی و از بیماری‌های شایع‌تر نورولوژیک در انسان و بیماری شایع‌تر منجر به ناتوانی در جوانان است (۱). در آمریکا تخمین زده شده است که تعداد بیماران مبتلا به ام‌اس بین ۴۰۰ هزار تا ۵۷۰ هزار نفر است (۲). در حال حاضر در ایران از هر ۱۰۰ هزار نفر حدود پنجاه نفر به بیماری ام‌اس مبتلا هستند. مانند بسیاری از بیماری‌های خودایمنی، این بیماری نیز در زنان شایع‌تر است؛ در حالی که در افراد بیشتر از پنجاه سال، ام‌اس در مردان و زنان به نسبت مساوی بروز می‌کند (۳). از عوارض تش‌زای بیماری ام‌اس می‌توان به خستگی و ضعف اندام‌ها، اختلالات روده‌ای و ادراری، اختلالات بینایی، اختلال در عملکرد جنسی، مشکلات شناختی، اختلال حرکتی و اختلالات خلقی همچون اضطراب و افسردگی اشاره کرد (۴). مجموعه این مسائل سبب می‌شود این بیماری با پیامدهای جسمانی، روانی، شغلی و اجتماعی همراه باشد و به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده و پیشرونده‌اش موجب افزایش نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و افزایش هزینه‌های اجتماعی شود (۵).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد بر بهبود سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس اثرگذار باشد، میزان خودشفقتی^۲ این بیماران است. این سازه که به‌عنوان مهربانی با خود و پذیرش غیرقضاوتی پاسخ به چالش‌ها و شکست‌های ادراک‌شده تعریف می‌شود، روابط پیوسته با طیف وسیعی از ویژگی‌های روان‌شناختی را مطلوب نشان می‌دهد (۶). خودشفقتی به‌منزله راهبردی مؤثر در تنظیم هیجان برای مقابله با حالت‌های عاطفی منفی در نظر گرفته می‌شود و مستلزم این است که فرد در رویارویی با شکست یا درد و رنج به‌جای خودانتقادی و ناملایمات درقبال خود، نگرشی مهربانانه، همدلانه و حمایت‌گرانه به خود داشته باشد (۷). مدل نف^۳ درباره خودشفقتی توضیح می‌دهد که خودشفقتی در طیفی از سطوح بالا تا پایین وجود دارد و اینکه خودشفقتی متشکل از سه طیف است (هریک با قطب‌های مخالف خود): مهربانی با خود در برابر خودقضاوتی انتقادی؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی (۷). خودشفقتی در ارتباط با انواع مسائل مربوط به سلامت روان مطالعه شده است؛ از جمله اختلالات خوردن، مجرمان جنسی، کودک‌آزاری، افسردگی و اختلالات شخصی خوشه C (۸). در پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش احساسات انزوا، بهبود خوداطمینان‌بخشی، آموختن شیوه‌های جدید مقابله و افزایش پذیرش محدودیت‌های مرتبط با درد در بیماران مبتلا به درد مداوم، کاهش علائم افسردگی و بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی کهنه‌سربازان بررسی و تأیید شده است (۹-۶).

امروزه برای درمان بیماری ام‌اس علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های دیگری مانند درمان‌های مکمل مورد توجه و استفاده قرار می‌گیرد. هدف این مداخلات کمک به افراد بیمار به‌منظور مقابله و درمان چالش‌ها و مشکلات آن‌ها است؛ چراکه درمان دارویی متداول در تمام بیماران مبتلا به ام‌اس به‌تنهایی مؤثر و کافی نیست و از طرفی داروها دارای عوارض زیادی مانند خستگی و نبود تعادل روحی و روانی است و برای برطرف کردن این عوارض هیچ درمان شناخته‌شده کاملاً مؤثری، وجود ندارد (۵). در راستای مداخلات روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به ام‌اس درمان متمرکز بر شفقت^۴ (CFT) یکی از رویکردهای درمانی به‌شمار می‌رود که توجه درمانگران نوین را برای درمان بیماری‌های خاص جلب کرده است. درمان متمرکز بر شفقت در ابتدا برای این تدوین شد که به آن افراد کمک شود احساسات پذیرنده‌ای درباره خود ایجاد کنند. همچنین به آن‌ها کمک شود تا صدایی درونی شفقت‌آمیز به‌دست آورند (۱۰). درمان متمرکز بر شفقت در تلاش برای دستیابی به ذهنی شفقت‌ورز است که متشکل از توانایی دلسوزبودن درباره خود و دیگران و همچنین توانایی دریافت شفقت از طرف دیگران است. شفقت به‌عنوان سازه‌ای ابعادی در نظر گرفته می‌شود که دو ذهنیت به‌هم مرتبط را در بر می‌گیرد (۱۱). دو هدف اساسی درمان متمرکز بر شفقت عبارت است از: ۱. کاهش خصومت خود جهت‌داده؛ ۲. توسعه توانایی‌های فرد به‌منظور ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی. این اهداف می‌تواند به‌عنوان پادزهری در برابر احساس تهدیدشدگی عمل کند. بخش اعظم فعالیت‌های درمان متمرکز بر شفقت بر ایجاد قابلیت شفقت‌ورزی متمرکز است (۱۱). قاسمی و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان گزینه درمانی مناسبی برای بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم شناختی هیجان و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط به‌کار رود (۱۲). مارش و همکاران در فراتحلیلی مشخص کردند، فقدان شفقت ممکن است در ایجاد یا حفظ مشکلات عاطفی در نوجوانان نقش بسزایی داشته باشد. نتیجه گرفته می‌شود، شفقت ممکن است عاملی مهم برای هدف قراردادن پریشانی روانی و مداخلات بهزیستی برای جوانان باشد (۸). شلکلنز و همکاران در پژوهش خود با بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت با پریشانی روانی در زوجین مبتلا به سرطان ریه، روی ۸۸ زوج دارای سرطان ریه، به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی و شفقت ممکن است فراتر از فرد باشند و بر عملکرد زوج تأثیر مثبت بگذارند (۱۳).

درمان روان‌شناختی دیگری که به نظر می‌رسد در بهبود سلامت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس سودمند باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵ (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با این شناخت بنیادی آغاز می‌شود که درد، سوگ، فقدان، ناامیدی، بیماری، ترس و اضطراب ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی انسان هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌دنبال حذف یا سرکوب این تجارب نیست؛

4. Compassion-Focused Therapy (CFT)

5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

1. Multiple Sclerosis (MS)

2. Self-compassion

3. Neff

بلکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیگیری حیطة‌ها و مسیرهای ارزشمند زندگی، نظیر روابط صمیمی، کار معنادار و رشد شخصی در مواجهه با این تجارب دردناک، تأکید می‌کند (۱۴). برخلاف بسیاری از روش‌های درمانی که بر کاهش یا کنترل علائم تأکید دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات، حساسیت بدنی و غیره) را به نفع درگیری در فعالیت‌های معناداری که تغییر مستقیم آن‌ها امکان‌پذیر نیست، مدنظر قرار می‌دهد (۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند، مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند (۱۶). نتایج پژوهش مجومدار و موری درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان می‌دهد، این روش درمانی در بهبود خودکارآمدی، پذیرش درد و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن و کاهش افسردگی و بهبود وضعیت سلامت قربانیان سکته مغزی مؤثر است (۱۷). در همین راستا نصیری و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی به‌کار گرفته شود (۱۸). کولینز و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت زوج‌های مبتلا به زوال عقل پرداختند. نتایج نشان داد، گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و نرخ تنفس در افراد دارای زوال عقل و همسر آن‌ها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر است (۱۹). میر و همکاران در پژوهشی با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال استرس پس از سانحه با هم‌زمانی اختلالات مصرف الکل در بین کهنه‌سربازان، نشان دادند که علائم اختلال استرس پس از سانحه در مرحله بعد از درمان کاهش می‌یابد (۲۰). فریس و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه باعث کاهش افسردگی، پریشانی و هموگلوبین خون می‌شود (۲۱). لاویس و اوتلی در پژوهشی دریافتند، درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از مهارت‌هایی همچون پذیرش و ذهن‌آگاهی سبب بهبود مشکلات افراد مبتلا به خوردن می‌شود (۲۲). درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دو شیوه درمانی نوین به‌شمار می‌روند که پژوهش‌های متعدد، کارایی آن‌ها را در حل انواع مشکلات و اختلالات بالینی تأیید کرده است. همان‌طور که ذکر شد، بیماران مبتلا به ام‌اس از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بسیاری رنج می‌برند و این بیماری تأثیرات مخرب و نامطلوبی بر زندگی شخصی، روابط اجتماعی، مسائل زناشویی، خانوادگی و شغلی بیماران می‌گذارد و در صورت ارائه‌نشدن کمک‌های روان‌شناختی به این بیماران، دیگر آن‌ها قادر به تحمل مشکلات و ادامه زندگی نخواهند بود؛ بنابراین ضروری است با بهره‌گیری از شیوه‌های درمانی روان‌شناختی جدیدتر و مؤثرتر موجود، بسته‌های درمانی سودمندی برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان این بیماران طراحی و اجرا شود. به‌علاوه، باتوجه به اینکه مداخلات به‌نگام می‌تواند در مسیر امور پیشگیری و عود بیماری‌های جسمانی روانی مؤثر واقع شود، انجام‌دادن تحقیقاتی از این قبیل قادر خواهد بود در راستای

ارتقای سطح کیفی مداخلات مربوط مفید باشد. باتوجه به مطالب مذکور پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به ام‌اس عضو انجمن ام‌اس استان گلستان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در انجمن بودند. نمونه مطالعه، ۶۰ زن بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بودند که به شیوه در دسترس وارد مطالعه شدند. این تعداد براساس نظر دلاور که در تحقیقات آزمایشی حداقل نمونه برای گروه‌ها ۱۵ نفر است، تعیین شد (۲۳). آزمودنی‌ها پس از مصاحبه مقدماتی و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از آن، داوطلب شرکت در مطالعه شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه بیست نفر) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود افراد به مطالعه عبارت بود از: جنسیت زن؛ تشخیص قطعی آزمایشگاهی و تأیید بیماری توسط متخصص مغز و اعصاب باتوجه به پرونده بیمار؛ دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ داشتن تحصیلات حداقل ابتدایی؛ مبتلا نبودن به مرحله شدید و حاد بیماری (بیماران مبتلا به نوع عودکننده - بهبودیابنده)؛ حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری؛ تکمیل فرم رضایت آگاهانه مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه؛ دریافت نکردن خدمات روان‌شناختی خارج از جلسات درمانی. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه، داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی براساس مصاحبه بالینی، ابتلا به اختلالات حاد یا مزمن جسمی (مانند بیماری‌های ناتوان‌کننده قلبی، تنفسی، کبدی، اسکلتی-عضلانی، کلیوی)، اعتیاد یا مصرف الکل و سابقه شرکت در برنامه‌های درمانی در ارتباط با روش‌های درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی شش ماه گذشته بود.

در این پژوهش به‌منظور کسب رضایت از آزمودنی‌های مطالعه، بیانیه هلسینکی^۱ به‌کار رفت که حامی و پشتیبان اساسی قواعد اخلاق پژوهش است (۲۴). از جمله مفاد مطرح‌شده در بیانیه هلسینکی می‌توان به رعایت توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مطالعه‌شده، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد (۲۴).

شیوه اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که ابتدا از دانشکده محل تحصیل نویسنده اول مقاله، معرفی‌نامه به‌منظور ارائه به مدیریت انجمن ام‌اس استان گلستان اخذ شد. سپس محقق با حضور در انجمن ام‌اس، درباره ضرورت انجام مطالعه، روند اجرای آن و مزایای مداخلاتی که به بیماران ارائه می‌شد، توضیحات لازم را ارائه داد. پس از کسب موافقت مسئولان انجمن ام‌اس و انجام هماهنگی‌های لازم، فراخوان جلسات درمانی از طریق انجمن به بیماران اعلام شد. سپس جلسات درمانی توسط پژوهشگر در محل انجمن ام‌اس برگزار شد. در طی ارائه

^۱. Helsinki declaration

مطالعه ارزیابی شدند. همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه گواه به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آن‌ها برای همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی مؤثرتر برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

بسته‌های درمانی برای بیماران گروه‌های آزمایش، بیماران گروه گواه، درمانی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، به‌طور مجدد هر سه گروه به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند (مرحله پس‌آزمون). یک ماه پس از آخرین جلسه درمانی و اجرای پس‌آزمون برای هر سه گروه، به‌منظور سنجش اثرات درمانی مداخلات، آزمودنی‌ها در یک مرحله پیگیری نیز حضور پیدا کردند و به‌طور مجدد توسط ابزارهای

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	اهداف	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با قوانین و کلیاتی از روش ACT	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT	-
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد، تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات	شناسایی موقعیت‌های اجتنابی و اجازه‌دادن به رفت‌وآمد افکار منفی بدون مبارزه با آن‌ها یا جلوگیری عمدی از آن‌ها
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی	آگاهی از اینجا و اکنون و علاقه‌مندی به‌جای فرار از آنچه هم‌اکنون در جریان است.
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به‌طوری‌که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجان‌ات مثبت منجر شود	تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به‌عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به‌منظور پذیرش هیجان‌های منفی	تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش دیده
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد)	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها، تهیه فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت	شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج)	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد در قبال پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی	تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش دیده
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده‌شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده	-

مؤلفه باهم جمع می‌شود و نمره کلی خودشفقتی به‌دست می‌آید. نمره‌گذاری خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت درمورد خود، انزوا و همانندسازی افراطی به‌طور معکوس صورت می‌گیرد. برای محاسبه نمره کل، نمره خرده‌مقیاس‌ها به یکدیگر اضافه می‌شود و نمره بیشتر به معنای خودشفقتی بیشتر است (۷). در پژوهش نف تحلیل عامل تأییدی روی این مقیاس انجام گرفت و یک عامل منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین کرد. پایایی کلی این ابزار از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد (۷). مؤمنی و همکاران ضرایب پایایی آلفای کرونباخ را در خرده‌مقیاس‌های

مقیاس خودشفقتی^۱: در این پژوهش برای اندازه‌گیری میزان خودشفقتی از مقیاس خودشفقتی نف تهیه‌شده در سال ۲۰۰۳ استفاده شد (۷). این مقیاس متشکل از ۲۶ گویه است و به‌صورت لیکرت از (۱ تقریباً هرگز) تا (۵ تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شش مؤلفه دارد که عبارت است از: مهربانی با خود (گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳، ۲۶)؛ قضاوت درمورد خود (گویه‌های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱)؛ اشتراکات انسانی (گویه‌های ۳، ۷، ۱۰، ۱۵)؛ انزوا (گویه‌های ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵)؛ ذهن‌آگاهی (گویه‌های ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲)؛ همانندسازی افراطی (گویه‌های ۲، ۶، ۲۰، ۲۴). میانگین نمرات شش

^۱. Self-Compassion Scale

حمایت از تغییر رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها استوار است (۲۶). مختصری از محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

درمان متمرکز بر شفقت: تنظیم درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت صورت گرفت (۱۰) و به مدت هشت جلسه (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴۵ دقیقه‌ای) به‌طور گروهی برگزار شد. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۲ ارائه شده است.

اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی ۰/۷۱، مهربانی با خود ۰/۷۵، انزوا ۰/۷۲ و همانندسازی افراطی ۰/۶۵ گزارش کردند (۲۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: آموزش پذیرش و تعهد به‌صورت گروهی و در هشت جلسه یک‌و نیم‌ساعته بر اساس پروتکل هیز و بوند (۲۶) آموزش داده شد. این درمان که بر رویکرد شناختی رفتاری استوار است، فرض می‌کند آسیب روان‌شناختی به علت کنترل‌کردن و اجتناب‌ورزیدن از افکار و هیجان‌های منفی تجربه‌شده در زندگی پدید می‌آید. در اصل، این درمان بر کاهش تأثیر راهبردهای کنترلی نامؤثر و

جدول ۲. مختصری از محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	اهداف	محتوای جلسه	تکالیف خانگی
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت، ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی	ثبت نمونه‌های احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های شفقت خودانتقادی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی به خود، پرورش و درک وجود نقایص و مشکلاتی در دیگران (پرورش حس اشتراکات انسانی) درمقابل 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	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیرشفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی درقبال خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به دلیل اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن زندگی و مواجه‌شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه و ثبت این نمونه‌ها
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورزانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته)، به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	به‌کارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین 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»	نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها به‌منظور توانایی مقابله با شرایط متفاوت زندگی خود به‌روش‌های مختلف، راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. در سطح آمار استنباطی برای بررسی تفاوت سنی گروه‌ها، آزمون کروستال‌والیس استفاده شد؛ همچنین به‌منظور ارزیابی نرمال بودن از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها از آزمون لون و برای بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی به‌کار رفت.

همچنین برای تفسیر نتایج، ضریب هاین-فلت به کار رفت که موجب تعدیلاتی در درجات آزادی می‌شود. سپس از آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جدول ۳، بیشترین فراوانی سن برای گروه آزمایش CFT مربوط به طبقه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال با ۳۵ درصد و همچنین بیشترین فراوانی سن برای گروه آزمایش ACT مربوط به طبقه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال با ۴۰ درصد بود. بیشترین فراوانی سن برای گروه گواه مربوط به طبقه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال با ۲۵ درصد بود. برای بررسی تفاوت سنی گروه‌ها از آزمون کروسکال‌والیس استفاده شد. معنادار نبودن این آزمون نشان داد، بین گروه‌ها به لحاظ سنی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p=0/865$).

جدول ۴، میانگین و انحراف معیار متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد؛ همان‌طور که در جدول ملاحظه می‌شود، نمرات

آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در متغیر پژوهش و مؤلفه‌های آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییرات چشمگیر داشت. بررسی معنادار بودن این تغییرات با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

پیش از استفاده از این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و کرویت موچلی بررسی شد.

برای بررسی نرمال بودن، آزمون کولموگروف-اسمیرنف به کار رفت. نتایج بررسی این مفروضه مشخص کرد، آماره آزمون برای متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن معنادار نبود ($p>0/05$)؛ از این رو این پیش‌فرض رد نشد. پیش‌فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها با استفاده از آزمون لون بررسی شد که معنادار نبودن آزمون مذکور نشان داد، این پیش‌فرض نیز رد نشد ($p>0/05$). برای بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد. نتایج آزمون مشخص کرد، این پیش‌فرض رد نشد ($p>0/05$)؛ بنابراین برای تفسیر نتایج، ضریب هاین-فلت به کار رفت که موجب تعدیلاتی در درجات آزادی می‌شود.

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

گروه	طبقه سنی	فراوانی	درصد فراوانی
گروه آزمایش CFT	۲۰ تا ۲۵ سال	۴	۲۰
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳	۱۵
	۳۱ تا ۳۵ سال	۷	۳۵
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳	۱۵
	۴۱ تا ۴۵ سال	۳	۱۵
	جمع	۲۰	۱۰۰
گروه آزمایش ACT	۲۰ تا ۲۵ سال	۴	۲۰
	۲۶ تا ۳۰ سال	۲	۱۰
	۳۱ تا ۳۵ سال	۸	۴۰
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳	۱۵
	۴۱ تا ۴۵ سال	۳	۱۵
	جمع	۲۰	۱۰۰
گروه گواه	۲۰ تا ۲۵ سال	۴	۲۰
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳	۱۵
	۳۱ تا ۳۵ سال	۴	۲۰
	۳۶ تا ۴۰ سال	۵	۲۵
	۴۱ تا ۴۵ سال	۴	۲۰
	جمع	۲۰	۱۰۰

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

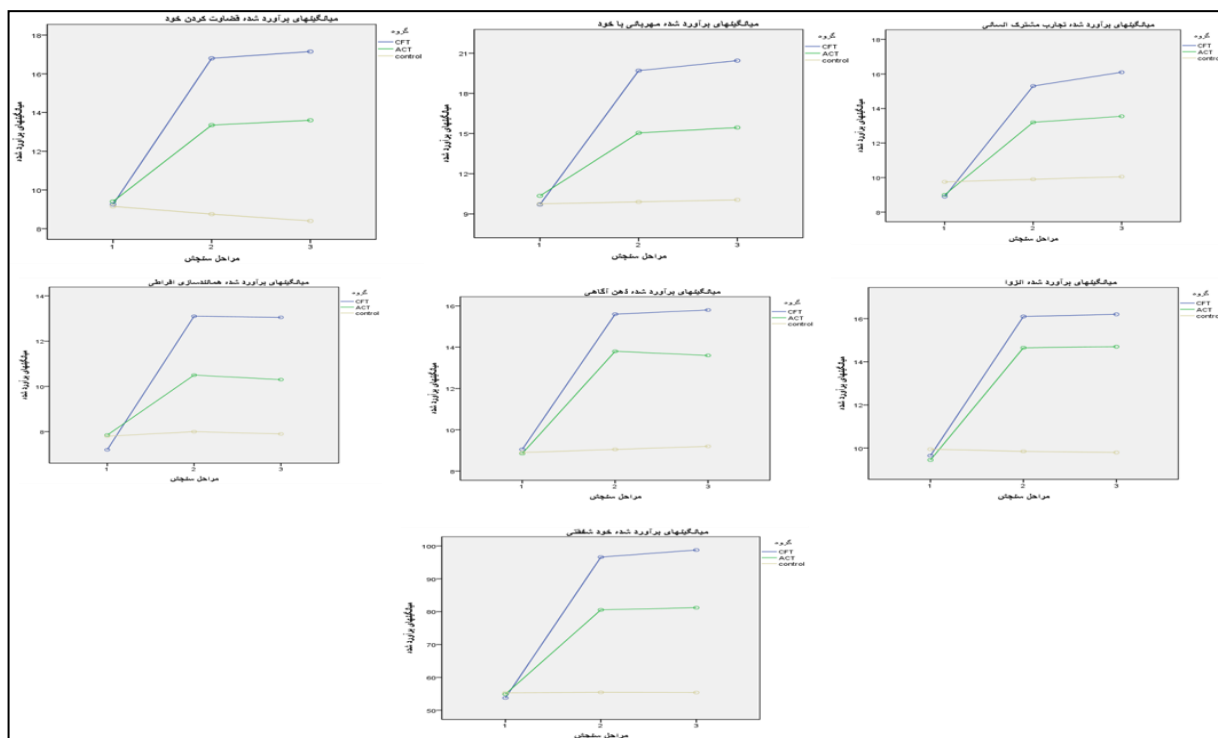
متغیر	گروه آزمایش		گروه آزمایش		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	ACT		CFT					
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
مهربانی با خود	پیش‌آزمون	۹/۷۰	۳/۳۸	۱۰/۳۵	۳/۳۷	۹/۷۵	۴/۰۸	۳/۱۱
	پس‌آزمون	۱۹/۷۰	۳/۴۸	۱۵/۰۵	۲/۵۰	۹/۹۰	۳/۱۱	۳/۱۱
	پیگیری	۲۰/۴۵	۳/۰۱	۱۵/۴۵	۲/۰۸	۱۰/۰۵	۳/۶۳	۳/۶۳
قضاوت‌کردن خود	پیش‌آزمون	۹/۲۵	۳/۵۵	۹/۴۰	۳/۵۴	۹/۱۵	۳/۶۴	۳/۶۴
	پس‌آزمون	۱۶/۸۰	۲/۰۶	۱۳/۳۵	۳/۹۵	۸/۷۵	۴/۱۲	۴/۱۲
	پیگیری	۱۷/۱۵	۱/۳۴	۱۳/۶۰	۳/۷۱	۸/۴۰	۳/۵۰	۳/۵۰
تجارب مشترک انسانی	پیش‌آزمون	۸/۹۰	۲/۳۱	۹	۱/۸۳	۹/۷۵	۲/۶۷	۲/۶۷
	پس‌آزمون	۱۵/۳۰	۱/۹۲	۱۳/۲۰	۱/۳۲	۹/۹۰	۲/۳۸	۲/۳۸
	پیگیری	۱۶/۱۰	۱/۷۱	۱۳/۵۵	۱/۲۷	۱۰/۰۵	۲/۶۲	۲/۶۲
انزوا	پیش‌آزمون	۹/۶۵	۲/۲۳	۹/۴۵	۲/۰۶	۹/۹۵	۱/۹۳	۱/۹۳
	پس‌آزمون	۱۶/۱۰	۱/۸۰	۱۴/۶۵	۱/۷۲	۹/۸۵	۱/۴۲	۱/۴۲
	پیگیری	۱۶/۲۰	۱/۹۸	۱۴/۷۰	۱/۵۲	۹/۸۰	۱/۳۶	۱/۳۶
ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۹/۰۵	۲/۲۱	۸/۸۵	۱/۹۵	۸/۹۰	۲/۴۹	۲/۴۹
	پس‌آزمون	۱۵/۶۰	۲/۰۱	۱۳/۸۰	۱/۲۸	۹/۰۵	۲/۳۰	۲/۳۰
	پیگیری	۱۵/۸۰	۲/۰۹	۱۳/۶۰	۱/۰۴	۹/۲۰	۱/۹۸	۱/۹۸
هماندسازی افراطی	پیش‌آزمون	۷/۲۰	۱/۷۶	۷/۸۵	۱/۷۸	۷/۸۰	۱/۴۷	۱/۴۷
	پس‌آزمون	۱۳/۱۰	۱/۹۷	۱۰/۵۰	۱/۷۶	۸	۱/۰۷	۱/۰۷
	پیگیری	۱۳/۰۵	۱/۹۵	۱۰/۳۰	۲/۱۰	۷/۹۰	۱/۱۱	۱/۱۱
خودشفقتی	پیش‌آزمون	۵۳/۷۵	۱۰/۴۰	۵۴/۹۰	۷/۷۷	۵۵/۳۰	۸/۹۰	۸/۹۰
	پس‌آزمون	۹۶/۶۰	۹/۷۲	۸۰/۵۵	۶/۳۷	۵۵/۴۵	۷/۶۹	۷/۶۹
	پیگیری	۹۸/۷۵	۹/۰۴	۸۱/۲۰	۶/۲۸	۵۵/۴۰	۸/۱۲	۸/۱۲

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال
درون‌گروهی	زمان و گروه (اثر متقابل)	مهربانی با خود	۱۰۷۳/۴۱۱	۱/۶۲۷	۶۵۹/۵۶۰	۵۲۸/۰۵۹	<۰/۰۰۱
		قضاوت‌کردن خود	۵۶۰/۲۱۱	۱/۲۳۵	۴۵۳/۶۱۲	۹۲/۷۹۹	<۰/۰۰۱
		تجارب مشترک انسانی	۵۸۳/۲۳۳	۱/۶۲۷	۳۵۸/۴۶۹	۴۶۷/۷۹۰	<۰/۰۰۱
		انزوا	۵۹۸/۰۷۸	۲	۲۹۹/۰۳۹	۵۳۰/۱۷۸	<۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	۶۱۱/۰۷۸	۱/۷۰۸	۳۵۷/۸۷۷	۴۹۹/۷۳۴	<۰/۰۰۱
		هماندسازی افراطی	۳۲۷/۲۱۱	۲	۱۶۳/۶۰۶	۲۷۳/۲۰۸	<۰/۰۰۱
		خودشفقتی	۲۱۸۱۸/۵۴۴	۱/۴۵۴	۱۵۰۷/۰۷۶	۱۷۱۱/۶۹۰	<۰/۰۰۱
		مهربانی با خود	۶۹۰/۰۵۶	۳/۲۵۵	۲۱۲/۰۰۳	۱۶۹/۷۳۵	<۰/۰۰۱
		قضاوت‌کردن خود	۴۶۴/۳۵۶	۲/۴۷۰	۱۸۷/۹۹۸	۳۸/۴۶۰	<۰/۰۰۱
		تجارب مشترک انسانی	۲۹۷/۰۳۳	۳/۲۵۴	۹۱/۲۸۲	۱۱۹/۱۲۰	<۰/۰۰۱
خطا		انزوا	۳۲۹/۶۲۲	۴	۸۲/۴۰۶	۱۴۶/۱۰۰	<۰/۰۰۱
		ذهن‌آگاهی	۲۹۳/۸۸۹	۳/۴۱۵	۸۶/۰۵۸	۱۲۰/۱۷۰	<۰/۰۰۱
		هماندسازی افراطی	۲۲۰/۵۲۲	۴	۵۵/۱۳۱	۹۲/۰۶۴	<۰/۰۰۱
		خودشفقتی	۱۲۹۵۳/۵۵۶	۲/۹۰۸	۴۴۵۴/۸۱۱	۵۰۸/۱۱۱	<۰/۰۰۱
		مهربانی با خود	۱۱۵/۸۶۷	۹۲/۷۶۶	۱/۲۴۹		
		قضاوت‌کردن خود	۳۴۴/۱۰۰	۷۰/۳۹۵	۴/۸۸۸		
		تجارب مشترک انسانی	۷۱/۰۶۷	۹۲/۷۴۰	۰/۷۶۶		
انزوا	۶۴/۳۰۰	۱۱۴	۰/۵۶۴				

		۰/۷۱۶	۹۷/۳۲۸	۶۹/۷۰۰	ذهن آگاهی	
		۰/۵۹۹	۱۱۴	۶۸/۲۶۷	هماندسازی افراطی	
		۸/۷۶۷	۸۲/۸۷۱	۷۲۶/۵۶۷	خودشفقتی	
<۰/۰۰۱	۲۳/۰۹۶	۶۷۹/۲۷۲	۲	۱۳۵۸/۵۴۴	مهربانی با خود	گروه
<۰/۰۰۱	۱۹/۹۶۳	۴۸۱/۷۰۶	۲	۹۶۳/۴۱۱	قضاوت کردن خود	
<۰/۰۰۱	۱۶/۲۹۶	۱۸۸/۵۱۷	۲	۳۷۷/۰۳۳	تجارب مشترک انسانی	
<۰/۰۰۱	۳۱/۷۰۰	۲۷۴/۵۳۹	۲	۵۴۹/۰۷۸	انزوا	
<۰/۰۰۱	۲۹/۱۹۰	۳۰۸/۱۵۶	۲	۶۱۶/۳۱۱	ذهن آگاهی	
<۰/۰۰۱	۲۰/۶۵۳	۱۵۵/۲۳۹	۲	۳۱۱/۴۷۸	هماندسازی افراطی	
<۰/۰۰۱	۵۹/۰۷۵	۱۱۶۴۸/۸۳۹	۲	۳۲۲۹۷/۶۷۸	خودشفقتی	
	۲۹/۴۱۱	۵۷	۱۶۷۶/۴۳۳	مهربانی با خود	خطا	
	۲۸/۳۹۷	۵۷	۱۸۱۶/۶۵۰	قضاوت کردن خود		
	۱۱/۵۶۸	۵۷	۶۵۹/۳۸۳	تجارب مشترک انسانی		
	۸/۶۶۱	۵۷	۴۹۳/۶۵۰	انزوا		
	۱۰/۵۵۷	۵۷	۶۰۱/۷۵۰	ذهن آگاهی		
	۷/۵۱۶	۵۷	۴۲۸/۴۳۳	هماندسازی افراطی		
	۱۹۷/۱۸۷	۵۷	۱۱۲۳۹/۶۳۳	خودشفقتی		

بین گروهی



شکل ۱. نمودار مقایسه روند تغییرات خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در مراحل مختلف سنجش در گروه‌های آزمایش و گروه گواه

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی آورده شده است؛ همان‌طورکه ملاحظه می‌شود، در اثر گروه بین گروه‌های آزمایش (CFT و ACT) با گروه گواه در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$) که بیانگر تأثیرگذاری درمان بر متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایش است. بررسی جزئی این تأثیر در ادامه ارائه شده است. همچنین در اثر زمان که مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان داد، با توجه به اینکه متغیر خودشفقتی و تمامی مؤلفه‌های آن معنادار شدند، بین سه مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معنادار وجود داشت؛ به طوری که بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$). این یافته‌ها در شکل ۱ نیز مشاهده می‌شود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد، در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش CFT و ACT با گروه گواه وجود نداشت ($p > 0/05$). براساس

نتایج این آزمون، در مراحل پس آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش با گروه گواه ($p < 0.001$) و بین گروه‌های آزمایش CFT و ACT ($p < 0.001$) در متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار مشاهده شد؛ توضیح اینکه باتوجه به نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمرات متغیر خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در گروه درمانی CFT از گروه درمانی ACT به‌طور معناداری بیشتر بود که اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت را نشان می‌دهد ($p < 0.001$).

۴ بحث

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی زنان مبتلا به مالتپیل اسکروزیس انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که هر دو شیوه درمانی باعث بهبود خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در پایان مداخلات و پیگیری یک‌ماهه در گروه‌های آزمایش شدند؛ همچنین درمان متمرکز بر شفقت در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در بهبود خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به مالتپیل اسکروزیس داشت.

یافته‌های پژوهش حاضر درباره اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودشفقتی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ام‌اس با این مطالعات همسوست: براساس نتایج پژوهش مجومدار و موری درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این روش درمانی در بهبود خودکارآمدی، پذیرش درد و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به درد مزمن و کاهش افسردگی و بهبود وضعیت سلامت قربانیان سکنه مغزی مؤثر است (۱۷). نصیری و همکاران دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارشی به‌کار گرفته شود (۱۸). کولینز و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت زوج‌های مبتلا به زوال عقل پرداختند. نتایج مشخص کرد، گروه‌درمانی متمرکز بر شفقت بر کاهش اضطراب، افسردگی و نرخ تنفس در افراد دارای زوال عقل و همسران آن‌ها و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به زوال عقل مؤثر است (۱۹). میر و همکاران در پژوهشی با بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال استرس پس از سانحه با هم‌زمانی اختلالات مصرف الکل در بین کهنه‌سربازان دریافتند، علائم اختلال استرس پس از سانحه در مرحله پس از درمان کاهش می‌یابد (۲۰). فریس و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات خودشفقتی ذهن‌آگاهانه باعث کاهش افسردگی، پریشانی و هموگلوبین خون می‌شود (۲۱).

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود خودشفقتی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌توان گفت، آموزش ذهن شفقت‌ورز، بخشی اصلی از درمان متمرکز بر شفقت را تشکیل می‌دهد. آموزش ذهن مشفق دو هدف اصلی دارد: اولین هدف این است که به بیماران کمک شود سیستم آرام‌بخش خود را ارتقا دهند و از آن استفاده کنند تا سیستم‌های انگیزشی و حالت‌های عاطفی خود (مثلاً ترس، خشم یا انزجار) را تنظیم نمایند؛ دومین هدف این است که طیفی از تکنیک‌ها و کار گروهی به‌کار رود تا به بیماران کمک شود سیستم انگیزشی شفقت‌آمیزی را به‌دست آورند و ظرفیت‌های خود را برای

شفقت‌داشتن به دیگران، دریافت شفقت از دیگران و خودشفقت‌ورزی افزایش دهند (۲۲). آموزش شفقت به خود در فرایند درمان متمرکز بر شفقت به آزمودنی‌ها باعث رشد هوشمندانه و توانایی به‌تعویق‌انداختن احساسات ناخوشایند، توانایی درگیرشدن یا گریز از هیجانی منفی به‌صورت مناسب و توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب تنظیم هیجان‌ها می‌شود. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و ذهن‌آگاهی را افزایش می‌دهد و موجب می‌شود افراد خودآگاهی بیشتری را به‌دست آورند و بر خود کنترل مناسب‌تری داشته باشند و دارای افکار خودسرزنشگری و احساسات ناخوشایند کمتری باشند؛ بنابراین آموزش شفقت به خود در فرایند درمان می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در کل سطح خودشفقتی را بهبود بخشد (۱۵).

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودشفقتی بیماران مبتلا به ام‌اس می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودشفقتی با تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های مهربانی با خود و کاهش خودانتقادی عمل می‌کند. شباهت‌های موزی بین مفاهیم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشفقتی وجود دارد. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مفهوم مرکزی مهربانی با خود ممکن است به‌شدت با پذیرش خود ارتباط داشته باشد. در این دیدگاه، مقابل پذیرش تجربی، اجتناب تجربی، ارزیابی بیش‌ازحد تجربیات خود به‌عنوان بد یا غلط و در نتیجه ارزشیابی بیش‌ازحد از خود در نظر گرفته شده است؛ بنابراین پذیرش تجربیات دردناک وقتی فردی آسیب دیده است، می‌تواند به‌منزله موضع عقلانی و محبت‌آمیز به خود باشد. علاوه‌براین، تماس با رنج ناشی از بیماری به‌طور آشکار برای گسترش درک خود ضرورت دارد که در واقع نوعی مهارت مقابله‌ای به‌شمار می‌رود و در تعریف نف از خودشفقتی آمده است (۷). در همین راستا مارش و همکاران در فراتحلیلی دریافتند، فقدان شفقت ممکن است در ایجاد یا حفظ مشکلات عاطفی در نوجوانان نقش بسزایی داشته باشد. نتیجه‌گیری می‌شود که شفقت ممکن است عاملی مهم برای هدف قراردادن پریشانی روانی و مداخلات به‌زیستی برای جوانان باشد (۸). شلکلنز و همکاران در پژوهش خود با بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی و شفقت با پریشانی روانی در زوجین مبتلا به سرطان ریه، روی ۸۸ زوج دارای سرطان ریه، به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی و شفقت ممکن است فراتر از فرد باشد و بر عملکرد زوج تأثیر مثبت بگذارد (۱۳).

به‌عقیده نف، فرد به‌کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گذشته جرت‌مند می‌شود و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد به خویش را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه درباره خود، معیارهای واقعی و توقعات دست‌یافتنی را که مستلزم سختی و آزار نباشد، بازطراحی کند (۷)؛ بنابراین افزایش خودشفقتی دور از انتظار نیست. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان اضافه کرد، در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان مورد چالش واقع می‌شوند تا به آنچه در حوزه‌های مختلف زندگی برایشان مهم است، مثل شغل، خانواده،

روابط صمیمانه، دوستی‌ها، رشد شخصی، سلامت، معنویت و امثال آن توجه کنند. ارزش‌ها بخش مهمی از کار پذیرش هستند؛ به این صورت که انگیزه‌ای برای پذیرش فراهم می‌آورند. پذیرش می‌تواند تجربه‌ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش‌ها این رنج و کار سخت را تسهیل می‌کند. فرایندهای گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می‌کنند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد؛ بنابراین بین راهبردهایی که در حوزه‌های تغییریافتنی به‌منظور تغییردادن متمرکز می‌شود (رفتارهای آشکار) و راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی در حوزه‌هایی که تغییر غیرممکن است یا مفید نیست، تعادل برقرار می‌کند (۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف این است که به بیماران کمک شود تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و درقبال تغییرات به‌وجودآمده متعهد باشند؛ همچنین افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامۀ فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و هم‌راستا با ارزش‌هایشان است، گام بردارند. به‌علاوه، این درمان با تمرکز بر استعاره‌های مختلف و تمرکز بر درد و رنج و رهاسازی ذهن و پرهیز از اجتناب تجربه‌های درونی با استفاده از استعاره و آموزش‌های ارائه‌شده در جلسات درمان، سطح خودشفقتی درمانجویان را افزایش داد.

در تبیین اثربخشی بیشتر درمان متمرکز بر شفقت درمقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودشفقتی می‌توان گفت، مداخلات درمانی در رویکرد متمرکز بر شفقت، بر مهارت‌های شفقت‌ورزی مانند استدلال شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز و احساس شفقت‌آمیز تمرکز دارد (۱۱). در درمان متمرکز بر شفقت به مراجعان کمک می‌شود مهارت‌های کلیدی لازم برای توسعه جنبه‌ها و ویژگی‌های کلیدی شفقت را بیاموزند که با عنوان مراقبت از بهزیستی، حساسیت، تحمل پریشانی، همدلی و نبود قضاوت از آن‌ها یاد شده است (۱۲). برخی از گام‌های کلیدی موجود در جلسات درمان متمرکز بر شفقت، استفاده از تصویرسازی، تفکر شفقت‌ورز درباره خود و دیگران، پاسخ‌دادن به خودانتقادی از طریق خودشفقت‌ورزی و تمرین رفتار شفقت‌آمیز و بخشنامه‌نویسی یا خاطره‌نویسی است. درمان متمرکز بر شفقت درمانجویان را تشویق می‌کند که در طول فرایندهای تفکری، بر شفقت درباره خود متمرکز شوند و آن را درک و احساس کنند؛ همچنین تمرکزی قوی بر پرورش شفقت در درون خود داشته باشند (۱۰). تصور بر این است که درمان متمرکز بر شفقت، توانایی تجربه‌کردن و تحمل هیجان‌آرام‌کننده در مواجهه با موانع را تقویت می‌کند؛ در نتیجه حالت‌های عاطفی مثبت نظیر امنیت، آرامش و رضایت خاطر را پرورش می‌دهد و هم‌زمان رضایت خاطر را پرورش می‌دهد و هم‌زمان حالت‌های عاطفی منفی را تسکین می‌بخشد؛ به این صورت که افراد را قادر می‌سازد تا هیجان‌آرام‌ناخوشایند یا ترسناک که مشخصه سیستم تهدید است، از جمله خشم، اضطراب، شرم و احساس گناه را تنظیم کنند و با آن‌ها روبه‌رو شوند (۱۱). همچنین همسو با نظریه ذهن اجتماعی، عوامل مثبت مثل جریان‌های شفقت مرتبط به خود و دیگران و عاطفه تسکین‌بخش به‌عنوان منابع تاب‌آوری عمل کرده و در برابر عوامل منفی همچون خلق ضعیف از افراد محافظت می‌کند؛ همچنین با استفاده از ذهن‌آگاهی

موجود در این روش، افراد تجربه هیجانی خود را می‌شناسند و دیدگاهی مشفقانه به احساسات منفی‌شان پیدا می‌کنند؛ از این‌رو درمان متمرکز بر شفقت با هدف گرفتن الگوهای تفکر منفی و خلق ضعیف و با توسعه شفقت از طریق تغییر رابطه فرد درقبال رنج و پرورش تفکر مشفقانه می‌تواند منجر به افزایش بیشتر خودشفقتی در افراد شود.

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود. از آنجاکه این پژوهش روی بیماران زن مبتلا به ام‌اس شهر گرگان انجام شد، در تعمیم نتایج آن به دیگر شهرها و بیماران مرد مبتلا به ام‌اس باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزارهای استفاده‌شده و شیوه نمونه‌گیری دردسترس از محدودیت‌های این پژوهش بود که توجه به آن ضروری است. محدودیت دیگر مربوط به کنترل‌نشدن عوامل زمینه‌ای و فردی بود. اصولاً برای بررسی تأثیر درازمدت اثر مداخله، اجرای آزمون‌های پیگیری با فواصل منظم ضروری است؛ ولی در این پژوهش یک مرحله آزمون پیگیری به‌دلیل محدودیت زمانی اجرا شد. با توجه به نتایج این پژوهش، انجام پژوهش در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی توصیه می‌شود. از آنجاکه در پژوهش حاضر، هر دو روش درمان را یک درمانگر انجام داد، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از چندین درمانگر برای ارائه درمان‌ها استفاده شود؛ زیرا این مسئله موجب اعتماد بیشتر به نتایج و کاهش سوگیری‌ها در زمینه یافته‌ها خواهد شد. براساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکردهای مبتنی بر پذیرش و تعهد و متمرکز بر شفقت در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان بیماران مزمن استفاده کنند. از نگاه کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند برای پزشکان، متخصصان بالینی، روان‌پزشکان و حتی خود بیماران اطلاعات مفیدی را فراهم آورد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، هم درمان متمرکز بر شفقت و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودشفقتی زنان مبتلا به مالتهیل اسکروزیس اثربخشی دارند؛ اما در مقام مقایسه، درمان متمرکز بر شفقت به‌طور معناداری اثربخشی بیشتری دارد. درمان متمرکز بر شفقت، توانایی تجربه‌کردن و تحمل هیجان‌آرام‌کننده در مواجهه با موانع را تقویت می‌کند و در نتیجه حالت‌های عاطفی مثبت نظیر امنیت، آرامش و رضایت خاطر را پرورش می‌دهد و هم‌زمان حالت‌های عاطفی منفی را تسکین می‌بخشد؛ بنابراین می‌توان گفت، مداخله درمانی در رویکرد متمرکز بر شفقت روی مهارت‌های شفقت‌ورزی مانند استدلال شفقت‌آمیز، رفتار شفقت‌آمیز، تصویرسازی شفقت‌آمیز و احساس شفقت‌آمیز تمرکز دارد که این امر سبب اثربخشی بیشتر درمان مذکور می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از مدیریت محترم انجمن ام‌اس شهر گرگان و تمامی بیماران عزیزی که صمیمانه محققان را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

از آن‌ها برای همکاری‌شان در فرایند اجرای پژوهش، پس از پایان پژوهش، جلسات درمانی مؤثرتر برگزار شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول خانم ندا نیکونژاد در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش به منظور کسب رضایت از آزمودنی‌های مطالعه، بیانیه هلسینکی^۱ به کار رفت که حامی و پشتیبان اساسی قواعد اخلاق پژوهش است. از جمله مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی می‌توان به رعایت توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مطالعه شده، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل اشاره کرد. همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه گواه به منظور رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی

References

1. Scherder R, Kant N, Wolf E, Pijnenburg B, Scherder E. Psychiatric and physical comorbidities and pain in patients with multiple sclerosis. *JPR*. 2018;11:325–34. doi:[10.2147/JPR.S146717](https://doi.org/10.2147/JPR.S146717)
2. Campbell JD, Ghushchyan V, Brett McQueen R, Cahoon-Metzger S, Livingston T, Vollmer T, et al. Burden of multiple sclerosis on direct, indirect costs and quality of life: National US estimates. *Mult Scler Relat Disord*. 2014;3(2):227–36. doi:[10.1016/j.msard.2013.09.004](https://doi.org/10.1016/j.msard.2013.09.004)
3. Sanadgol N, Maleki P. Study of the effects of ellagic acid on population and activity of central nervous system neuroglia cells in the cuprizone-induced multiple sclerosis. *J Arak Uni Med Sci*. 2018;21(6):34–46. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5743-en.html>
4. Patten SB, Marrie RA, Carta MG. Depression in multiple sclerosis. *Int Rev Psychiatry*. 2017;29(5):463–72. doi:[10.1080/09540261.2017.1322555](https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1322555)
5. Hartung DM, Bourdette DN, Ahmed SM, Whitham RH. The cost of multiple sclerosis drugs in the US and the pharmaceutical industry: too big to fail? *Neurology*. 2015;85(19):1728. doi:[10.1212/WNL.0000000000001608](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001608)
6. Homan KJ, Sirois FM. Self-compassion and physical health: Exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open*. 2017;4(2):205510291772954. doi:[10.1177/2055102917729542](https://doi.org/10.1177/2055102917729542)
7. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003;2(3):223–50. doi:[10.1080/15298860309027](https://doi.org/10.1080/15298860309027)
8. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*. 2018;9(4):1011–27. doi:[10.1007/s12671-017-0850-7](https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7)
9. Scheid D, Singh F. Can compassion focused therapy enhance dual recovery for veterans? *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(3):329–41. doi:[10.1037/prj0000346](https://doi.org/10.1037/prj0000346)
10. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advanced in Psychiatric Treatment*. 2009;15(3):199–208. doi:[10.1192/apt.bp.107.005264](https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264)
11. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6–41. doi:[10.1111/bjc.12043](https://doi.org/10.1111/bjc.12043)
12. Ghasemi N, Goudarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, shame and guilt-proneness and mindfulness components in patients with mixed anxiety- depression disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(34):145–66. [Persian] https://jcps.atu.ac.ir/article_9883.html?lang=en
13. Schellekens MP, Karremans JC, Van Der Drift MA, Molema J, Van Den Hurk DG, Prins JB, et al. Are mindfulness and self-compassion related to psychological distress and communication in couples facing lung cancer? a dyadic approach. *Mindfulness*. 2017;8(2):325–36. doi:[10.1007/s12671-016-0602-0](https://doi.org/10.1007/s12671-016-0602-0)
14. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press; 2016.
15. Woolf-King SE, Sheinfil AZ, Babowich JD, Siedle-Khan B, Loitsch A, Maisto SA. Acceptance and commitment therapy (ACT) for HIV-infected hazardous drinkers: a qualitative study of acceptability. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2019;37(3):342–58. doi:[10.1080/07347324.2018.1539630](https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1539630)
16. 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. *Behavior Therapy*. 2013;44(2):180–98. doi:[10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
17. Majumdar S, Morris R. Brief group-based acceptance and commitment therapy for stroke survivors. *Br J Clin Psychol*. 2019;58(1):70–90. doi:[10.1111/bjc.12198](https://doi.org/10.1111/bjc.12198)

¹. Helsinki Declaration

18. Nasiri S, Ghorbani M, Adibi P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in quality of life in patients with functional gastro intestinal disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2015;7(4):93–105. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2221.html?lang=en
19. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol*. 2018;41(5):474–86. doi:[10.1080/07317115.2017.1397830](https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1397830)
20. Meyer EC, Walser R, Hermann B, Bash H, DeBeer BB, Morissette SB, et al. Acceptance and commitment therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and alcohol use disorders in veterans: pilot treatment outcomes. *Journal of Traumatic Stress*. 2018;31(5):781–9. doi:[10.1002/jts.22322](https://doi.org/10.1002/jts.22322)
21. Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Consedine NS. Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and hba1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2016;39(11):1963–71. doi:[10.2337/dc16-0416](https://doi.org/10.2337/dc16-0416)
22. Leaviss L, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*. 2015;45(5):927–45. doi:[10.1017/S0033291714002141](https://doi.org/10.1017/S0033291714002141)
23. Delavar A. Mabani nazari va elmi pazhouhesh dar olum ensani va ejtema'i [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences]. Tehran: Roshd publications; 2011. [Persian]
24. Philpot M. An Introduction to Ethics of Research in Psychiatry. *Psychiatry*. 2004;3(3):26–9. doi:[10.1383/psyt.3.3.26.30686](https://doi.org/10.1383/psyt.3.3.26.30686)
25. Momeni F, Shahidi Sh, Motaabi F, Heidari M. Psychometric properties of a Farsi version of the self-compassion scale (SCS). *Contemporary Psychology*. 2014;8(2):27–40. [Persian] http://bjcp.ir/browse.php?a_id=386&sid=1&slc_lang=en
26. Hayes SC, Bond FW. Act at work. In: Bond FW, Dryden W, editors. *Handbook of brief cognitive behavior therapy*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2003. doi:[10.1002/9780470713020](https://doi.org/10.1002/9780470713020)