

Original Article

Comparing the Effectiveness of Acceptance and Ccommitment-based Therapy and Compassion-based Therapy on Life Expectancy and Demoralization Syndrome in Patients with Multiple Sclerosis

Amirabolfazl Azizpour¹, Masoumeh Azmoudeh*¹, Hormoz Ayromlou²,
Seyed Davoud Hoseini Nasab¹

1. Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Department of Neurology, faculty of Medicine, Imam Reza Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989369188211, E-mail: Mas_azemod@yahoo.com

Article info

Article history:

Received: Sep 22, 2024

Accepted: Nov 26, 2024

Keywords:

Acceptance and
Commitment-based Therapy
Compassion-based Therapy
Life Expectancy
Demoralization Syndrome
Multiple Sclerosis

ABSTRACT

Background: Multiple Sclerosis (MS) is a potentially brain and spinal cord (central nervous system) debilitating disease. In addition to physical problems, it can cause mood disorders and mental, neurological, and psychological problems in patients. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and compassion-based therapy on life expectancy and demoralization syndrome in patients with multiple sclerosis.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a two-month follow-up design with a control group. The study population included all patients with multiple sclerosis referred to the MS Association of Tabriz City in 2023. A total of 60 people were selected by convenience sampling method and divided into two experimental groups and a control group (20 people each). For the first experimental group, acceptance and commitment-based therapy, and for the second experimental group, compassion-based therapy, were administered in eight 60-minute sessions over four weeks in an independent manner. The control group did not receive any training. The research instruments included the Hope Scale by Snyder, et al. (1991) and the Demoralization Scale by Kissane et al. (2004), which were completed at the pre-test, post-test, and follow-up phases. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance using SPSS v.16 software.

Results: The results showed that the therapy based on acceptance and commitment and compassion-based therapy had positive effects on life expectancy and demoralization syndrome in patients with MS ($p < 0.05$). Furthermore, the post-hoc results showed that there is no significant difference between the effects of two treatments on life expectancy and demoralization syndrome.

Conclusion: According to the study results, the acceptance and commitment-based therapy and the on compassion-based therapy can be used as effective treatments to increase life expectancy and reduce demoralization syndrome in patients with MS.

How to cite this article: Azizpour A, Azmoudeh M, Ayromlou H, Hoseini Nasab S.D. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Ccommitment-based Therapy and Compassion-based Therapy on Life Expectancy and Demoralization Syndrome in Patients with Multiple Sclerosis. Journal of Health & Care. 2025;26(4): 366-378.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

امیرابوالفضل عزیزپور^۱، معصومه آزموده^{۱*}، هرمز آیرملو^۲، سیدداود حسینی نسب^۱

۱. گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲. گروه آموزشی بیماری‌های مغز و اعصاب، دانشکده پزشکی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۶۹۱۸۸۲۱۱ | ایمیل: Mas_azemod@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: مولتیپل اسکلروزیس، یک بیماری بالقوه ناتوان‌کننده مغز و نخاع (سیستم عصبی مرکزی) است که علاوه بر مشکلات جسمانی، سبب اختلالات خلقی و مشکلات روانشناختی برای بیماران می‌شود. هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی دو روش روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۶۰ نفر از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند (هر کدام ۲۰ نفر). برای گروه آزمایشی اول، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و برای گروه آزمایشی دوم، درمان شفقت طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته اجرا شد. درحالی‌که گروه کنترل، آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های امید اسنایدر و هاریس (۱۹۹۱) و نشانگان افت روحیه کیسان و همکاران (۲۰۰۴) بود که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر داشت ($p < .05$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی، نشان دهنده عدم تفاوت معنی‌دار آماری بین دو روش درمانی در امید به زندگی و نشانگان افت روحیه، بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان روش‌های درمان مؤثر در افزایش امید به زندگی و کاهش نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شفقت، امید به زندگی، نشانگان افت روحیه، مولتیپل اسکلروزیس

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۶

دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۱

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس^۱ (MS) یک اختلال عصبی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که در آن التهاب و آسیب پیشرونده نوروآکسونال^۲ به ناتوانی جسمی و شناختی منجر می‌شود (۱). شیوع این بیماری تقریباً ۱ در ۳۰۰ نفر بوده (۲) و در زنان دو برابر بیشتر از مردان می‌باشد (۳). سیر بالینی ام اس ناهمگن بوده و از اشکال خوش‌خیم با تأثیر بالینی دائمی کم تا اشکال پیشرونده سریع ناتوان‌کننده درجه‌بندی می‌شود (۴). این اختلال با نشانه‌های جسمی متعدد و همچنین تغییرات شناختی و خلقی مشخص شده و به یک ناتوانی طولانی‌مدت در افراد مبتلا منجر می‌گردد (۵). بیماری MS به‌خصوص در صورت عود، منجر به ایجاد استرس و فشار شدید بر بیمار و خانواده می‌شود (۶). یکی از شاخص‌هایی که در سال‌های اخیر در بیماران مبتلا به MS به‌شدت افت داشته است، امید به زندگی^۳ است (۷). میانگین سال‌های باقی‌مانده زندگی فرد در یک سن خاص که نشان‌دهنده الگوهای معمول مرگ برای گروه‌های سنی مشخص است، به‌عنوان امید به زندگی نامیده می‌شود (۸). امید به زندگی بالاتر به خاطر ارزش درونی آن، برای دستاوردهای اساسی در زندگی هر فرد اساسی بوده و یکی از مهمترین مؤلفه‌های شاخص توسعه انسانی است (۹). امید به زندگی در ام اس از جمله مؤلفه‌هایی است که در تقابل با مشکلات و استرس ناشی از بیماری نقش داشته و در بهبود و سازگاری این بیماران اثربخش است (۱۰). والز^۴ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام اس بر اساس سطح ناتوانی آنها، متفاوت می‌باشد (۱۱).

همچنین یکی از شایع‌ترین علائم بیماران مبتلا به ام اس که تأثیر مخرب و منفی گسترده‌ای بر کیفیت زندگی این افراد می‌گذارد و عملکرد این بیماران را محدود

کرده و هزینه‌های مالی سنگینی را به آن‌ها و خانواده‌شان تحمیل می‌کند، نشانگان افت روحیه^۵ است (۱۲). نشانگان افت روحیه یکی از انواع پریشانی روانی است که معمولاً با احساس ناامیدی، بی‌هدفی و عدم توانایی در مقابله با چالش‌های زندگی مشخص می‌شود؛ این حالت در افرادی که با شرایط ناگوار مانند بیماری‌های مزمن یا موانع غیرقابل‌پیش‌بینی روبرو هستند، به وجود می‌آید و ممکن است با نشانه‌هایی مانند حس شکست، بی‌کفایتی و از دست دادن انگیزه همراه باشد (۱۳). نقطه آغازین فرایند نشانگان افت روحیه در مواقعی است که فرد به‌طور مداوم با مشکلات جسمی نافذ روبرو می‌شود (۱۴). لذا این گونه می‌توان گفت که کانون اصلی نشانگان افت روحیه، شناخت‌هایی از پریشانی و احساس ناکامی و درماندگی فردی ناشی از احساس گیرکردن در یک موقعیت ناخوشایند بوده و با ناامیدی و نبود هدف و معنا همراه است (۱۵)؛ بنابراین رنج، آزرده‌گی وجودی و اضطراب شخصی عمیق در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند ام اس یکی از وضعیت‌های ناتوان‌کننده و طاقت‌فرسا می‌باشد (۱۶).

با توجه به عواقب ناخوشایند بیماری ام اس، درمان‌های زیادی با رویکردهای متفاوت به‌منظور کمک به حل مشکلات روانی این بیماران ابداع شده است (۱۷). در این میان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۸، ۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از آن به‌عنوان موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری یاد می‌شود، درصدد است ارتباط روان‌شناختی افراد را با افکار و احساسات جسمی‌شان از طریق مکانیسم‌های پذیرش، ذهن‌آگاهی و اقدام مبتنی بر ارزش، تغییر دهد (۲۰، ۲۱). در راستای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نیک‌روی و همکاران نشان دادند که مداخله تعهد و پذیرش موجب افزایش معنی‌دار

¹ Multiple Sclerosis (MS)

² Neuroaxonal

³ Life Expectancy

⁴ Walz

⁵ Demoralization Syndrome

⁶ Acceptance and Commitment Therapy

افراد دارای این بیماری، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد.

روش کار

روش پژوهش در این مطالعه، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام اس شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. از جامعه مذکور بر اساس ملاک‌های ورود، ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مطابق با نظر گال^۱ و همکاران تعداد نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌های نیمه‌تجربی برای هر گروه، برابر با ۱۵ نفر می‌باشد (۳۲). لذا بر این اساس و برای جبران احتمال افت شرکت‌کنندگان، در مجموع، تعداد ۶۰ نفر انتخاب شده و بر اساس یک تولیدکننده اعداد تصادفی^۲ در سه گروه جایدهی شدند (۲۰ نفر آزمایش اول، ۲۰ نفر آزمایش دوم و ۲۰ نفر کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تشخیص بیماری ام اس توسط متخصص مغز و اعصاب و ارجاع پرونده پزشکی به انجمن ام اس، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، مدت ابتلای حداقل دو سال، تمایل به شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روانشناختی حاد و مزمن دیگر بر اساس پرونده پزشکی بیمار و معیارهای خروج شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص‌شده در دوره آموزشی بود. لازم به ذکر است که طی انجام پژوهش، افت آزمودنی وجود نداشت و در نهایت در هر گروه، داده‌های ۲۰ نفر تحلیل شدند.

نمرات پیروی کلی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت شد (۲۲). همچنین شریفیان قاضی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز را در پس‌آزمون افزایش و نشانگان افت روحیه را کاهش داده است (۲۳). نتایج بصیری‌فر و موسوی‌نژاد نیز حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی زنان نابارور بود (۲۴). یکی دیگر از مداخلات جدید حوزه درمانی که در تحقیقات کارآزمایی بالینی متعدد استفاده شده است، درمان مبتنی بر شفقت می‌باشد (۲۷-۲۵). درمان متمرکز بر شفقت به دنبال این است که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی را درونی کند؛ در این صورت ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی، واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (۲۸). افزون بر این در درمان شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۲۹) و (۳۰). در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت، یافته‌های ناصری‌نیا و اسمخانی اکبری نژاد حاکی از اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری در مردان مبتلا به ام اس بود (۱۲). در پژوهشی دیگر، سید جعفری و همکاران دریافتند که درمان متمرکز بر شفقت در افزایش امید به زندگی سالمندان مؤثر می‌باشد (۳۱).

با توجه به یافته‌های پژوهش‌ها و تأثیر منفی بیماری ام اس بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه افراد مبتلا به این اختلال، بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی مناسب می‌تواند به ارتقا مؤلفه‌های روان‌شناختی این افراد منجر شود و تغییرات قابل‌ملاحظه‌ای در شیوه‌ی توان‌بخشی این بیماران ایجاد کند. از طرف دیگر، با توجه کمی مطالعات انجام‌شده در خصوص مقایسه روش‌های مختلف درمانی بر ویژگی‌های روان‌شناختی

^۱ Gall

^۲ <http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx>

همیشه) درجه‌بندی شده است. کیسان و همکاران، پایایی پرسشنامه نشانگان افت روحیه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آوردند (۳۵). بهمنی و همکاران نیز، پایایی این پرسشنامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ به دست آوردند که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه دارد. همچنین روایی این پرسشنامه نیز توسط آنها تأیید شده است (۳۶). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پس از انتخاب افراد بر اساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به بیماران ارائه شد. به آنها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شود و آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند. همچنین رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید. پرسشنامه‌های فوق در مرحله پیش‌آزمون توسط گروه‌های آزمایش و کنترل تکمیل شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایش اول درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر اساس پروتکل درمانی دیکسون^۵ و همکاران (۳۷) و برای گروه آزمایش دوم، درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۳۸) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت ۱ ماه توسط درمانگر مجرب انجام گرفت (جدول شماره ۲، ۱). گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. بلافاصله پس از طی دوره آموزشی و دو ماه بعد از آن، بار دیگر ارزیابی‌های مربوط با گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، برای افراد گروه کنترل نیز درمان پذیرش مبتنی بر تعهد اجرا گردید.

جهت تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق

جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه امید اسنایدر و پرسشنامه نشانگان افت روحیه استفاده شد. پرسشنامه امید اسنایدر^۱ توسط اسنایدر و همکاران با هدف ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد طراحی شده است (۳۳). این پرسشنامه دارای ۱۲ آیتم می‌باشد که ۸ آیتم آن مورد استفاده قرار می‌گیرد و ۴ آیتم دیگر، دروغ‌سنج هستند که در نمره‌گذاری محسوب نمی‌شوند. از این ۸ آیتم، چهار آیتم آن مربوط به تفکر عاملی (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار آیتم آن مربوط به تفکر راهبردی (۱، ۴، ۶ و ۸) است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) می‌باشد؛ اما این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات شماره ۳، ۷ و ۱۱ معکوس شده است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات باهم جمع می‌شود و امتیازات بالاتر، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود. لوپز و اسنایدر^۲ همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی، ۰/۸۰ گزارش کردند. در ایران نیز نتایج پژوهش کرمانی و همکاران، نشان دهنده روایی سازه و پایایی این ابزار می‌باشد (۳۴). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه نشانگان افت روحیه^۳ (DS) توسط کیسان^۴ و همکاران برای اندازه‌گیری نشانگان افت روحیه بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال و پنج خرده‌مقیاس فقدان معنا (پنج سؤال)، ملالت (پنج سؤال)، دلسردی (شش سؤال)، درماندگی (چهار سؤال) و احساس شکست (چهار سؤال) است که هر کدام در یک مقیاس ۰-۴ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و

¹ Snyder's Hope Scale

² Lopez & Snyder

³ The Demoralization Scale

⁴ Kissane

⁵ Dixon

آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق
 آزمون موچلی، از آزمون تحلیل واریانس با
 اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین از آزمون
 تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها
 استفاده گردید. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-16
 تحلیل شدند.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان پذیرش مبتنی بر تعهد

جلسات	اهداف درمانی
اول	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه جمعیت شناختی و اجرای پیش‌آزمون
دوم	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان ACT، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره درد مزمن و انواع آن
سوم	مروری بر تجربیات جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران در خصوص تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT؛ ایجاد درماندگی خلق
چهارم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیبودگی آنها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس بحث در مورد مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری
پنجم	تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف خود با افکار و عواطف
ششم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به‌عنوان زمینه؛ تضعیف خودمفهومی و بیان خود؛ آموزش تمرکز بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی و) و خودآگاهی در هر لحظه
هفتم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ارائه توضیحات در مورد مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن، تشکر از بیماران برای شرکت در گروه و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات شفقت درمانی

جلسات	محتوا
اول	اهداف: آشنایی با اصول کلی شفقت محتوای کلی جلسات: اجرای پیش‌آزمون، معارفه اعضا و شنیدن انتظارات اعضا از جلسات، تعیین اهداف گروه توسط مشاور، انتظارات و توافق درباره آن‌ها، آشنایی با مفاهیم کلی و ویژگی‌های شفقت، چپستی دیدگاه بدون سرزنش و قضاوت، مقایسه مغز قدیم و میانی و جدید، آموزش روش تنفس صحیح. تکلیف خانگی: به اعمالشان هوشیار باشند. رفتار و گفتارشان مربوط به کدام مغز است؟ تنفس صحیح. رفتار مورد انتظار: آشنایی کلی با شفقت
دوم	اهداف: آگاهی به زمان حال و توضیح کامل شفقت محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل، بازخورد اعضا. شرح شفقت و تفاوت آن با ترحم و دلسوزی به خود و عزت‌نفس. تمرین واریسی بدنی برای تنش‌زدایی، فواید شفقت تکلیف خانگی: تنفس عمیق و تمرین واریسی بدنی رفتار مورد انتظار: آشنایی با روش بودن در زمان حال
سوم	اهداف: فواید خود شفقتی، مهربانی با خود از طریق خودمراقبتی محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، شرح مهربانی با خود، رابطه شفقت در خانواده افراد، تمرین خلق یک مکان امن و رنگ شفقت‌آمیز، آموزش مراقبت از خود و درماندگی خلاق (حل مسئله) استعاره باتلاق شنی و هیولا تمرین تنفس و خود مشفق تکلیف خانگی: ذکر ۵ مورد مراقبت از خود؛ ۳ فعالیت که مراقبت از خود را نمایان می‌کند. حل مسئله در مورد یکی از چالش‌های هفته رفتار مورد انتظار: پذیرش خود

چهارم	<p>اهداف: یافتن جایگاه شفقت در زندگی، کنترل خشم، درک و پذیرش و ملایمت با خود و دیگران محتوای کلی جلسات: بررسی جلسه قبل، کلیپ اتوبوس برای نشخوارهای فکری، مشارکت اعضا در رابطه با خشم و راه کنترل آن، آموزش خودگویی‌های مثبت با استعاره آب‌وهوا، آموزش شفقت نسبت به دیگران، استفاده از صندلی خالی و اجازه عقده‌گشایی، تصویرسازی شفقت برای دیگران تکلیف خانگی: فهرست کردن مسائلی که شما را عصبانی می‌کند، تصویرسازی خود مشفق و توجه به مکان امن، شیء یا رنگ مورد علاقه در زمان نشخوار فکری و تشویش رفتار مورد انتظار: کنترل احساسات</p>
پنجم	<p>اهداف: پرورش اشتراکات انسانی و مدیریت احساسات و عواطف دشوار و حساسیت بر رنج اعضا محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، خواندن نامه و هوشیار کردن عواطف اعضا سپس بیان درد و رنج اعضا، موانع از بین بردن درد و رنج، همدلی اعضا با هم از طریق به اشتراک گذاشتن تجربه‌های خود، آموزش پذیری شکست و اشتباهات خود بدون قضاوت و احساس گناه، پیامدهای عدم بخشش، کلیپ مهمان ناخوانده برای پذیرش دیگران تکلیف خانگی: اگر من با خودم شفقت داشته باشم این کارها را انجام می‌دهم. رفتار مورد انتظار: پرورش اشتراکات انسانی، بخشش</p>
ششم	<p>اهداف: کشف ارزش‌های اصلی محتوای کلی جلسات: مرور جلسه پیشین، موانع شفقت به خود، چه چیزی برای شما ارزشمند است؟ آموزش روش‌های تقویت خود ارزشمندی، عمیق زندگی کردن و تماشای نکات مثبت زندگی، تمرین تنفس، تصویرسازی خود مشفق، توضیح مهارت‌های شفقت تکلیف خانگی: تصویرسازی قدردانی از خود، ذکر ۱۰ مورد از ارزش‌ها و ویژگی‌های مثبت خود رفتار مورد انتظار: رشد احساس خودارزشمندی و معنا دهی به زندگی</p>
هفتم	<p>اهداف: شناسایی احساسات متناقض، التیام زخم روانی، احساس توانمندسازی خود و معنادهی به زندگی محتوای کلی جلسات: مرور جلسه قبلی، انگیزه مراقبت از خود، اهداف هوشمندانه و اولویت‌بندی آن‌ها برای داشتن معنای بیشتر در زندگی، شناسایی احساسات متناقض (خود انتقادگر)، آموزش نوشتن نامه مشفقانه به خود، تغییر روابط خود با دیگران خارج از تعصبات منفی و پذیرش تکلیف خانگی: اهداف هوشمندانه برای ایجاد و معنادهی بیشتر به زندگی، تمرین خود شفیق بر دیگران، شناسایی و ارتباط بین افکار، عواطف و احساسات متناقض، نوشتن نامه مهرانگیز به خود، رفتار مورد انتظار: مراقبت از خود و آگاهی از افکار و احساسات متناقض و هدف‌گذاری</p>
هشتم	<p>اهداف: مرور مباحث آموزشی محتوای کلی جلسات: بازخورد به اعضای گروه، مروری بر تمرینات دوره، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون تکلیف خانگی: مرور تمرینات، برنامه‌ریزی شفقت برای تمام دوره‌های زندگی (در مسائل جسمانی، روحی و روانی)، برنامه شفقت به خود در ارتباط مشفقانه با دیگران رفتار مورد انتظار: به‌کارگیری شفقت در زندگی روزمره برای تمام عمر انجام پس‌آزمون</p>

یافته‌ها

معناداری وجود نداشت (جدول ۳). در ادامه
 آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون
 متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴
 گزارش شده است.

نتایج آزمون‌های آماری کای‌دو و تحلیل واریانس
 نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر
 متغیرهای تحصیلات، وضعیت تاهل و سن، تفاوت

جدول ۳. توصیف و مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در گروه‌ها

متغیر	پذیرش و تعهد			کنترل	
	تعداد (درصد)	شفتت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	آزمون آماری
تحصیلات	سیکل	۲ (۱۰)	۱ (۵)	۱ (۵)	$X^2=9/166$ $P=0/516$
	دیپلم	۵ (۲۵)	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	
	فوق دیپلم	۲ (۱۰)	۱ (۵)	۲ (۱۰)	
	لیسانس	۱۰ (۵۰)	۷ (۳۵)	۹ (۴۵)	
وضعیت تاهل	فوق لیسانس	۱ (۵)	۲ (۱۰)	۱ (۵)	$X^2=2/545$ $P=0/280$
	مجرد	۸ (۴۰)	۱۱ (۵۵)	۱۳ (۶۵)	
	متاهل	۱۲ (۶۰)	۹ (۴۵)	۷ (۳۵)	
میانگین سن (سال)		$32/50 \pm 7/82$	$32/65 \pm 8/31$	$34/40 \pm 7/79$	$F=0/351$ $P=0/706$

جدول ۴. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
امید به زندگی	پذیرش و تعهد	۱۹/۰۵	۲/۶۸	۳۴/۹۵	۴/۷۰	۲/۷۱
	شفتت	۱۹/۱۰	۲/۵۴	۳۴/۲۵	۳/۸۶	۲/۵۵
	کنترل	۱۸/۰۰	۲/۸۸	۱۵/۴۵	۳/۶۰	۴/۵۹
نشانیگان افت روحیه	پذیرش و تعهد	۸۰/۱۰	۵/۵۹	۵۲/۵۰	۵/۵۱	۷/۷۸
	شفتت	۸۰/۵۰	۵/۰۶	۵۷/۹۰	۳/۵۶	۵/۶۶
	کنترل	۷۸/۹۵	۵/۴۴	۷۶/۷۰	۶/۳۵	۵/۲۹

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین نمرات امید به زندگی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون، افزایش و نمرات نشانیگان افت روحیه کاهش داشته است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مغروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه، رد نشد

($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین برابری واریانس در متغیرهای امید به زندگی ($F=0/416, p > 0/05$) و نشانیگان افت روحیه ($F=0/174, p > 0/05$) را در گروه‌ها نشان داد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری در متغیر امید به زندگی کوچکتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس-گایزر در این متغیر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار گردید.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میانگین نمرات امید به زندگی در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون، افزایش و نمرات نشانیگان افت روحیه کاهش داشته است. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مغروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه، رد نشد

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در خصوص نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	MS	df	SS	F	Sig	Eta
امید به زندگی	عامل	۳۱۳۷/۳۴۴	۱/۶۱۸	۱۹۳۸/۶۶۲	۱۳۳/۷۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
	خطا	۱۳۳۶/۷۰۰	۹۲/۲۴۳	۱۴/۴۹۱	۴۷/۶۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۶
نشانیان افت روحیه	عامل	۱۰۵۳۵/۰۱۱	۲	۵۲۶۷/۵۰۶	۱۶۰/۲۷۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۸
	خطا	۳۷۴۶/۶۰۰	۱۱۴	۹۹۴/۵۹۷	۳۰/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۵

بر اساس نتایج جدول ۵ و با معنادار بودن F به‌دست‌آمده عامل درون‌گروهی در متغیر امید به زندگی ($F=۴۷/۶۳۱$, $p=۰/۰۰۱$) و نشانیان افت روحیه ($F=۳۰/۲۶۳$, $p=۰/۰۰۱$)، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۱ تأیید شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
امید به زندگی	پذیرش و تعهد	شفقت	۰/۲۶۷	۱/۰۰۰
	پذیرش و تعهد	کنترل	۹/۴۶۷	۰/۰۰۱
	شفقت	کنترل	۹/۲۰۰	۰/۰۰۱
نشانیان افت روحیه	پذیرش و تعهد	شفقت	-۲/۲۵۰	۰/۰۹۴
	پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۳/۲۸۳	۰/۰۰۱
	شفقت	کنترل	-۱۱/۰۳۳	۰/۰۰۱

نتایج مطالعات هان و همکاران و شهابی و همکاران، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی بر سلامت روان و تاب‌آوری را تأیید کرد (۲۱،۲۰). در مطالعات رجائی و همکاران (۲۵)، به‌اءلو هوره و همکاران (۲۶) و سیدجعفری و همکاران (۳۱) نیز اثربخشی شفقت‌ورزی بر امید به زندگی گزارش شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش به‌عنوان یکی از فرآیندهای کلیدی، فرد را قادر می‌سازد با افکار، احساسات و تجربیات ناخوشایند بدون تلاش برای حذف آن‌ها کنار بیاید؛ این رویکرد باعث کاهش مقاومت در برابر درد و افزایش سازگاری روانی می‌شود (۲۰). در شفقت‌ورزی نیز، فرد می‌آموزد که تجربیات منفی را یک بخش طبیعی از زندگی بداند و با شفقت و مهربانی با خود برخورد کند؛ این پذیرش همراه با مهربانی، حس تسکین و آرامش را تقویت می‌کند (۲۵). به‌عبارتی هر دو رویکرد بر پذیرش و

بررسی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت در متغیرهای امید به زندگی و نشانیان افت روحیه، تفاوت معناداری وجود نداشت؛ در حالی که تفاوت نمرات متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل، معنادار بود ($p \leq ۰/۰۵$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی و نشانیان افت روحیه در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی تفاوتی وجود نداشت و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش دیده شدند. در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به مقایسه این دو درمان بر امید به زندگی پرداخته باشد، یافت نشد؛ اما

توانایی همزیستی با دشواری‌ها تمرکز دارند و افراد را از تلاش بی‌پایان برای حذف یا کنترل افکار و احساسات منفی دور می‌کنند. از طرفی، هر دو درمان بهبود رابطه فرد با خود را به‌عنوان یکی از اهداف اصلی در نظر می‌گیرند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرد با مفهوم خود به‌عنوان زمینه آشنا می‌شود، جایی که به جای تعریف خود بر اساس افکار و احساسات موقتی، خود را به‌عنوان یک مشاهده‌گر مستقل می‌شناسد. این رویکرد از افکار خودانتقادی فاصله می‌گیرد (۲۱). همچنین در درمان مبتنی بر شفقت، تمرکز بر خودشفقت‌ورزی است. فرد یاد می‌گیرد با مهربانی و پذیرش، با خود رفتار کند و خودانتقادی شدید را به حس حمایت و تسکین درونی تبدیل کند (۲۶). در واقع، هر دو درمان به افراد کمک می‌کنند که از دیدگاه متفاوت و سالم‌تری به خود نگاه کنند؛ یکی با ایجاد فاصله از افکار (گسلش شناختی) و دیگری با پرورش مهربانی و شفقت به خود که این فرایند می‌تواند در بهبود امید به زندگی، نقش داشته باشد. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با پذیرش و گسلش شناختی، فرد یاد می‌گیرد هیجانات را بپذیرد و به آن‌ها واکنش بیش‌ازحد نشان ندهد. این کار باعث کاهش شدت و تأثیر هیجانات منفی می‌شود (۲۰). اما در درمان مبتنی بر شفقت، تنظیم هیجانات از طریق تقویت سیستم تسکین و آرامش انجام می‌شود. این رویکرد با پرورش احساس امنیت و آرامش درونی، فرد را از سیستم تهدید و اضطراب دور می‌کند (۳۱). می‌توان عنوان کرد که هر دو درمان، به شیوه‌ای متفاوت، هیجان‌های منفی را کاهش داده و هیجانات مثبت را تقویت می‌کنند که در نهایت به بهبود کیفیت روانی و افزایش امید به زندگی منجر می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه تفاوتی وجود نداشت و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بودند. اگرچه در

بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای که به مقایسه این دو درمان بر نشانگان افت روحیه پرداخته باشد، یافت نشد، اما نتایج مطالعات ناصری‌نیا و همکاران (۱۲) مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نشانگان افت روحیه و فاجعه‌پنداری درد مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، شریفیان قاضی جهانی و همکاران (۲۳) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش بر نشانگان افت روحیه، بصیری‌فر و همکاران (۲۴) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی و انسجام روانی، و دوارته^۱ و همکاران (۲۹) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، تا حدی با مطالعه حاضر همسو بودند. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شفاف‌سازی ارزش‌ها یکی از ارکان اصلی درمان است. افراد یاد می‌گیرند که زندگی خود را بر اساس ارزش‌های درونی و اهداف معنادار شکل دهند. این کار به افزایش انگیزه و کاهش احساس بی‌معنایی کمک می‌کند (۲۳). در درمان مبتنی بر شفقت هم، شفقت به خود و دیگران به افراد کمک می‌کند تا ارتباط عمیق‌تر و معنادارتری با خود و محیط داشته باشند که باعث افزایش حس ارزشمندی می‌شود (۲۸). هر دو درمان، معنا و هدف را تقویت می‌کنند که به‌طور مستقیم افت روحیه را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی برای ایجاد آگاهی از لحظه حال و کاهش نشخوارهای فکری به کار می‌رود. این تمرینات به کاهش شدت افکار منفی و بهبود کیفیت هیجانی کمک می‌کنند (۱۸). همچنین در درمان مبتنی بر شفقت، ذهن‌آگاهی بخشی از تمرینات شفقت است و به فرد کمک می‌کند بدون قضاوت به هیجانات و افکار خود توجه کند. این تمرینات، حس آرامش و امنیت درونی را افزایش می‌دهند (۲۷). به‌عبارت‌دیگر، هر دو درمان از

¹ Duarte

مطالعات آتی، پیگیری‌های بلندمدت طولانی‌تر و انجام مطالعه روی بیماران مبتلا به ام اس سایر شهرها را مدنظر قرار دهند. همچنین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی برابر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی و نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ام اس، پیشنهاد می‌گردد درمانگران از هر دو روش جهت بهبود مؤلفه‌های مربوط به امید به زندگی و افت روحیه در این بیماران استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.201 و همچنین دارای شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT20231112060034N1 می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولین بیمارستان امام رضا (ع) و انجمن ام اس آذربایجان شرقی و کلیه شرکت‌کنندگانی که در تکمیل پرسشنامه‌ها وقت کافی مبدول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

ذهن‌آگاهی برای کاهش نشخوار فکری، استرس و ایجاد حس آرامش استفاده می‌کنند. از طرفی، تمرکز بر لحظه حال و ارزش‌ها در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش شدت هیجانات منفی و افزایش انگیزه برای ادامه زندگی می‌شود. زندگی ارزش‌محور، فرد را به جای درگیر شدن در افکار و هیجانات منفی، به سوی اهداف معنادار هدایت می‌کند (۲۴). در شفقت‌ورزی نیز با تقویت سیستم تسکین و آرامش، فرد یاد می‌گیرد هیجانات منفی مانند غم یا استرس را تنظیم و احساس امنیت درونی را تجربه کند (۳۰). در واقع، هر دو درمان هیجانات منفی را از طریق تقویت مکانیزم‌های درونی (پذیرش، ذهن‌آگاهی، یا تسکین) تنظیم می‌کنند و در نتیجه افت روحیه را کاهش می‌دهند.

هرچند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت از نظر تئوریک تفاوت‌هایی دارند، اما شباهت‌های بنیادی آن‌ها در پذیرش تجربه‌های دشوار، بهبود رابطه با خود، تمرکز بر ارزش‌ها، تنظیم هیجانات، کاهش خودانتقادی و استفاده از ذهن‌آگاهی، نشان می‌دهد که هر دو درمان می‌توانند به شیوه‌های مشابهی بر متغیرهایی مانند امید به زندگی و نشانگان افت روحیه تأثیر بگذارند. این شباهت‌ها بیانگر فلسفه مشترک آن‌ها در کمک به افراد برای زندگی معنادارتر، رضایتمندانه‌تر و امیدبخش‌تر هستند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش روی بیماران مبتلا به ام اس شهر تبریز و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود

References

- Oh J, Giacomini PS, Yong VW, Costello F, Blanchette F, Freedman MS. From progression to progress: the future of multiple sclerosis. *Journal of Central Nervous System Disease*. 2024;16:11795735241249693.
- Zhou R, Li H, Yang H, Jiang F, Cai H, Li J, et al. Serological markers exploration and real-world effectiveness and safety of teriflunomide in south Chinese patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;58:103446.

- 3- Coveñas R, Marcos P, Mangas A. New drugs, approaches and strategies for multiple sclerosis treatment. *Frontiers in Neuroscience*. 2024;18:1372140.
- 4- Naval-Baudin P, Pons-Escoda A, Camins À, Arroyo P, Viveros M, Castell J, et al. Deeply 3D-T1-TFE hypointense voxels are characteristic of phase-rim lesions in multiple sclerosis. *European Radiology*. 2024;34(2):1337-45.
- 5- Van der Feen FE, De Haan GA, van der Lijn I, Heersema DJ, Meilof JF, Heutink J. Independent outdoor mobility of persons with multiple sclerosis– a systematic review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2020;37:101463.
- 6- Huang WC, Lin HC, Yang YH, Hsu CW, Chen NC, Tsai WC, et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio and monocyte-to-lymphocyte ratio are associated with a 2-year relapse in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;58:103514.
- 7- Leadbetter R, MacAskill M, Myall DJ, Taylor BV, Joshi P, Mason DF. Multiple sclerosis mortality in New Zealand: a nationwide prospective study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2023;94(7):511-17.
- 8- Schöley J, Aburto JM, Kashnitsky I, Kniffka MS, Zhang L, Jaadla H, et al. Life expectancy changes since COVID-19. *Nature Human Behavior*. 2022;6(12):1649-59.
- 9- Radmehr M, Adebayo TS. Does health expenditure matter for life expectancy in Mediterranean countries? *Environmental Science and Pollution Research*. 2022;29(40):60314-26.
- 10- Samin T, Akhlaghi Kohpaei H. Prediction of life expectancy based on quality of life, perceived stress and fatigue in patients with Multiple Sclerosis (MS). *Health Psychology*. 2019;8(29):101-18. [Persian]
- 11- Walz L, Brooks JC, Shavelle RM, Robertson N, Harding KE. Life expectancy in multiple sclerosis by EDSS score. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2022;68:104219.
- 12- Naseriniya H, Smkhani Akbarinejad H. Effectiveness of compassion-focused therapy on demoralization syndrome and pain catastrophizing of men with multiple sclerosis. *Journal of Anesthesiology and Pain*. 2022;13(2):85-97. [Persian]
- 13- An E, Lo C, Hales S, Zimmermann C, Rodin G. Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-Oncology*. 2018;27(11):2566-72.
- 14- Landerholm A, Miran DM, Tung SC, Braun IM, Amonoo HL, Peteet JR. Clinical teaching of demoralization: challenges and opportunities. *Academic Psychiatry*. 2024:1-4.
- 15- Farmani Shahreza S, Khani S, Ghaedaniy Jahromi A, Imani S. Effectiveness of cognitive-existential therapy on fatigue, demoralization syndrome and perceived stress in patients with Multiple Sclerosis (MS). *Alborz University of Medical Sciences*. 2019;8(2):135-49. [Persian]
- 16- Georgiou C, Kleftras G. Associations between body image and control, existential anxiety, meaning, and satisfaction with life: multiple sclerosis vs. general population. *Psychology*. 2024;15(7):1102-23.
- 17- Rjeily NB, Mowry EM, Ontaneda D, Carlson AK. Highly effective therapy versus escalation approaches in early multiple sclerosis: what is the future of multiple sclerosis treatment? *Neurologic Clinics*. 2024;42(1):185-201.
- 18- Pakenham KI, Landi G. A pilot randomized control trial of an online acceptance and commitment therapy (ACT) resilience training program for people with multiple sclerosis. *Sclerosis*. 2023;1(1):27-50.
- 19- Feizikhah F, Hasanzadeh R, Abbasi G. The comparison of the effectiveness of acceptance commitment therapy with resilience training on individual cohesion and emotional divorce among women seeking a divorce. *Journal of Community Health*. 2021;8(2):152-66. [Persian]
- 20- Han J, Zhang L, Liu Y, Zhang C, Zhang Y, Tang R, et al. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy program on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of Nursing Management*. 2022;30(7):3005-12.
- 21- Shahabi A, Ehteshamzadeh P, Asgari P, Makvandi B. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and guided imagery on the resilience of cardiac disease patients referring to the heart rehabilitation department. *Internal Medicine Today*. 2020;26(3):276-97.

- 22- Nikrouy Z, Hassanzadeh R, Heydari S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy and following the doctor's order in type 2 diabetic. *Journal of Community Health*. 2022;16(3):80-88. [Persian]
- 23- Sharifian M, Akbarpour M, Smkhani Akbarinejad H. Comparison of the effectiveness of acceptance & commitment therapy with logotherapy on the quality of life & demoralization syndrome of women with AIDS. *Journal of Community Health*. 2020;14(2):9-19. [Persian]
- 24- Basirifar M, Mosavinezhad S M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in distress tolerance and sense of coherence in infertile women in Mashhad. *Journal of Health Research in Community*. 2022;8(1):81-92. [Persian]
- 25- Rajai S, Sdrpooshan N. The effectiveness of mindfulness-based compassion therapy on life expectancy, depression and dysfunctional thoughts of women with multiple sclerosis. *Quran and Medicine*. 2020;5(1):118-26. [Persian]
- 26- Bahalooohoreh A, KhoshAkhlagh H. Comparing the effectiveness of treatment focused on compassion and logotherapy on the life expectancy and time perspective of the families of those died due to the Corona Virus in Shahrekord: a quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2023;22(9):979-98. [Persian]
- 27- Davarniya R, Zahrakar K, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Kasaei Esfahani A. The effectiveness of group counselling based on Compassion-Focused Therapy (CFT) on rumination in women affected by marital infidelity. *Armaghane-Danesh*. 2019;24(5):950-67. [Persian]
- 28- Alighanavati S, Bahrami F, Goudarzi K, Rrouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on quality of life and happiness of women with breast cancer in Ahvaz city. *Journal of Nursing Education*. 2018;7(2):53-61. [Persian]
- 29- Duarte J, Pinto-Gouveia J. Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017;6(2):125-33.
- 30- Marsh IC, Chan SW, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness*. 2018;9:1011-27.
- 31- Seyyedjafari J, Jeddi M, Mousavi R, Hoseyni E, Shakibmehr M. The effectiveness of compassion-focused therapy on elderly life expectancy. *Aging Psychology*. 2020;5(2):157-68. [Persian]
- 32- Gall J, Borg W, Gall MD. Quantitative and qualitative research methods in educational sciences and psychology. Translated by Orizi HR & et al. Tehran: Shahid Beheshti University. Samt Publications; 2016.
- 33- Hansen CH, Lees S, Kapiga S, Seeley J, Barnett T. Measuring hope amongst Tanzanian women who participate in microfinance: an evaluation of the Snyder hope scale. *Global Public Health*. 2020;15(3):402-13.
- 34- Kermani Z, Khodapanahi MK, Khodapanahi, Heydari M. Psychometric properties of Omid Snyder scale. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. 2018;5(4):7-23. [Persian]
- 35- Ramm M, Jedanzik J, Lenz P, Jürgens L, Heuft G, Conrad R. Older adults coping with critical life events-results of the revised demoralization scale in a representative sample of older adulthood. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1389021.
- 36- Bahmani B, Farmani Shahreza S, Amin Esmaili M, Naghiai M, Quaidniai Jahormi A. Depression symptoms in patients infected with human immunodeficiency virus. *Journal of Neishabur Faculty of Medical Sciences*. 2014;3(6):19-27. [Persian]
- 37- Dixon MR, Hayes SC, Stanley C, Law S, al-Nasser T. Is acceptance and commitment training or therapy (ACT) a method that applied behavior analysts can and should use? *The Psychological Record*. 2020;70:559-79.
- 38- Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2010;3(2):97-112.