

Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment group therapy and reality group therapy on cognitive flexibility and depression in women with multiple sclerosis

Afsaneh Sadat Modaber Vahed¹ , Mohammad Ismail Ebrahimi^{2*} , Saeid Yazdi-Ravandi³, Ahmad Ali Jadidian⁴

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamadan, Iran

3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Behavioral Disorders and Substance Abuse Research Center, Institute of Neuroscience and Mental Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Kangavar, Iran

Abstract

Received: 29 Dec. 2025

Revised: 25 Aug. 2026

Accepted: 8 Sep. 2026

Keywords

Acceptance and commitment therapy focused on compassion
Reality therapy
Cognitive flexibility
Depression
Multiple sclerosis

Corresponding author

Mohammad Esmail Ebrahimi,
Associate Professor, Department
of Psychology, Ha.C., Islamic
Azad University, Hamadan, Iran

Email: Mse58_2007@yahoo.com



 doi.org/10.30514/icss.28.1.90

Introduction: Given the prevalence of psychological disorders, specifically depression and deficits in cognitive flexibility in patients with multiple sclerosis (MS), this study compared the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment group therapy and group reality therapy on cognitive flexibility and depression in women with MS.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The study population consisted of married women aged 20 to 60 years with MS in Hamedan Province, Iran; 54 people were randomly selected into three groups of 18 people using a purposive method. Compassion-focused acceptance and commitment therapy was performed according to the Hayes (2004) intervention, and group reality therapy according to the Wubbolding intervention (2013). The research tools included the cognitive flexibility questionnaires of Dennis and Vander Wal (2010) and the Beck et al. (1961) depression. questionnaire.

Results: The results revealed that compassion-focused acceptance and commitment group therapy and reality therapy group had an effect on cognitive flexibility ($F=9.748$, $P<0.001$) and depression ($F=5.011$, $P<0.01$) in women with MS, and in terms of depression, there was a significant difference between compassion-focused acceptance and commitment therapy and reality therapy ($P=0.028$).

Conclusion: Both group-based interventions, acceptance and commitment therapy focused on compassion and reality therapy, significantly reduced depression and cognitive flexibility, respectively. Additionally, in the context of depression, reality therapy performed better than acceptance and commitment therapy focused on compassion. Therefore, it is suggested that these interventions be used in medical centers and relevant associations to improve patients' symptoms.

Citation: Modaber Vahed FS, Ebrahimi MI, Yazdi-Ravandi S, Jadidian AA. Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment group therapy and reality group therapy on cognitive flexibility and depression in women with multiple sclerosis. *Advances in Cognitive Sciences*. 2026;28(1):90-103.

Extended Abstract

Introduction

Multiple sclerosis (MS) is a chronic neurological disease of adults that affects people aged 20 to 50 years, and the average age of onset is early in the fourth decade of life. In this disease, the immune system of the affected

person shows an inflammatory reaction against its own nervous tissue, causing demyelination of the tissue. This disease can lead to various disorders such as depression (2). Sufferers experience depression (3) and anxiety (4),

in turn, causing them to lose hope and optimism (5). One of the most common consequences of MS is depression. Studies show that 50 to 60 percent of people with this disorder suffer from depression (27). Depression is one of the most common types of mental disorders that cause referral to psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals. In this respect, depression is comparable to a cold among physical ailments (6).

Methods

This research was of an applied type, with a research purpose, and a semi-experimental type of study, and was conducted using a pre-test-post-test design, including two experimental groups and a control group. The study population was about 60 married women aged 20 to 60 years with MS in Hamedan Province, Iran (3 groups of 18 people). The sampling method in the present study was purposive. Considering the number of patients in the province (about two thousand people) and according to the Krejci and Morgan table, 322 people answered the depression questionnaire in the first stage, and 54 of them were selected from those with moderate depression scores and distributed into three groups (acceptance and commitment focused on compassion, reality therapy, and placebo control group). The inclusion criteria were no suicidal thoughts and minimum cycle literacy, and the exclusion criteria were absence of more than two sessions and serious unwillingness to continue the sessions. Compassion-focused acceptance and commitment therapy was performed according to the Hayes (2004) (22) intervention, and group reality therapy according to the Wubbolding (2013) (23) intervention. The research tools included the cognitive flexibility questionnaires of Dennis and Vander Wal (2010) and the Beck et al. (1961) depression questionnaire. The data obtained from the mixed multivariate variance statistical methods were analyzed using SPSS version 26 software.

Results

The results of the study showed that there was a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores of the dependent variables cognitive flexibility ($F=427.006$, $P<0.001$) and depression ($F=381.194$, $P<0.001$) as a result of the passage of time. As a result, within-subject effects were confirmed. The type of within-subject effects for the dependent variables cognitive flexibility and depression was both linear and quadratic. In fact, the interactive effect of time and group (independent variable) caused the pre-test, post-test, and follow-up scores of the dependent variables cognitive flexibility and depression to change both linearly and quadratically. Furthermore, the independent variable significantly affected the variables cognitive flexibility ($F=9.748$, $P<0.001$) and depression ($F=5.011$, $P<0.01$). Overall, compassion-focused acceptance and commitment group therapy and group reality therapy had an effect on cognitive flexibility and depression in women with MS, and there was also a significant difference between compassion-focused acceptance and commitment group therapy and group reality therapy in terms of depression ($P=0.028$).

Conclusion

Acceptance and commitment therapy interventions, specifically based on compassion, were both presented in a group setting, and the results showed that these methods were effective in significantly reducing depression and increasing cognitive flexibility in the study samples. Additionally, in the context of treating depression, reality therapy performed significantly better than acceptance and commitment therapy based on compassion. Therefore, based on these findings, it is suggested that these interventions be used in various treatment centers as well as in mental health communities to improve patients' symptoms. These measures can help improve the qual-

ity of life of patients and promote mental health in the community. Paying attention to these interventions, particularly in group settings, can provide a supportive and positive experiential environment for participants, which in turn strengthens their therapeutic effects.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The Research Ethics Committee has approved this study under permission number IR.IAU.SDJ.REC.1403.113. The research method was explained to each participant, and they were assured that their information would be kept confidential and used solely for that purpose. The informed consent form was filled out and signed by the participants, who knew they were not required to participate in the research procedure and might withdraw at any time. The Research Ethics Committee of the Islamic Azad University of Sanandaj branch also oversaw this study.

Authors' contributions

Conceptualization, research design, and resource collec-

tion: Afsaneh Sadat Modaber. Writing, and drafting of the manuscript: Afsaneh Sadat Modaber. Data analysis and processing: Afsaneh Sadat Modaber Vahed, Mohammad Ismaeil Ebrahimi, Saeid Yazdi-Ravandi, Ahmad Ali Jadian. All authors reviewed and approved the final version of the manuscript.

Acknowledgments

This research derives from a doctoral thesis conducted at the Islamic Azad University, Sanandaj branch. Acknowledgments are extended to all the participants from the test and control groups, as well as those who provided assistance to the researchers throughout this study.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest in this study.

مقایسه اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

افسانه سادات مدبر واحد^۱ ID، محمد اسماعیل ابراهیمی^۲ ID، سعید یزدی راوندی^۳، احمد علی جدیدیان^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سنجند، دانشگاه آزاد اسلامی، سنجند، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۳. استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات اختلالات رفتاری و سوء مصرف مواد، پژوهشکده علوم اعصاب و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی واحد کنگاور، دانشگاه آزاد اسلامی، کنگاور، ایران

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع اختلالات روان‌شناختی به ویژه افسردگی و نقص در انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، این مطالعه به بررسی مقایسه اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس پرداخت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. از جامعه مورد مطالعه که زنان متأهل سنین ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در استان همدان بودند، ۵۴ نفر به روش هدفمند در سه گروه ۱۸ نفری به صورت تصادفی انتخاب شدند. درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت طبق مداخله Hayes (۲۰۰۴) و واقعیت درمانی گروهی برحسب مداخله Wubbolding (۲۰۱۳) انجام گردید. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی Dennis و Vander Wal (۲۰۱۰) و افسردگی Beck و همکاران (۱۹۶۱) بودند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی ($P=0.001$, $F=9.748$) و افسردگی ($P=0.01$, $F=5.011$) در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تاثیر داشتند و از حیث افسردگی، بین درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0.028$).

نتیجه‌گیری: مداخلات درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی هر دو به شیوه گروهی به ترتیب سبب کاهش و افزایش معنادار افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی شدند و در زمینه افسردگی، واقعیت درمانی بهتر از درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت عمل نمود. از این رو پیشنهاد می‌گردد این مداخلات در مراکز درمانی و انجمن‌های مربوطه برای بهبود علائم بیماران استفاده شود.

دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۸

اصلاح نهایی: ۱۴۰۵/۰۶/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۷

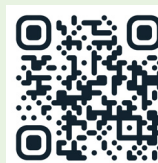
واژه‌های کلیدی

درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت
واقعیت درمانی
انعطاف‌پذیری شناختی
افسردگی
مالتیپل اسکلروزیس

نویسنده مسئول

محمد اسماعیل ابراهیمی، دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

ایمیل: Mse58_2007@yahoo.com



doi.org/10.30514/icss.28.1.90

مقدمه

نورولوژیک، به خصوص در جوانان و میان‌سالان است. با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می‌تواند با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیماری و عدم کنترل مناسب نگرانی موجب افزایش اختلالات روانی شود (۱). این بیماری می‌تواند به اختلالات مختلفی همچون افسردگی منجر شود (۲). مبتلایان، دچار افسردگی (۳) و اضطراب (۴) هستند که خود

بیماری مالتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis) که به اختصار آن را MS می‌نامند. یک بیماری عصبی مزمن و پیش‌رونده است که باعث برهم خوردن سیستم عصبی مرکزی می‌شود. در این بیماری پوشش سیستم عصبی مرکزی از جمله مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شوند. این بیماری در نتیجه عوامل محیطی، ژنتیکی، و خودایمنی بروز می‌کند و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده

با درمان های موج سوم رفتاری همچون پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیک به خوبی هماهنگ است (۱۳).

درمان پذیرش و تعهد تنها درمان موج سوم رفتاری مؤثر بر افسردگی و افکار خودکشی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نیست. از دیگر درمان های موج سوم که امروزه به طور گسترده برای کاهش اختلالات روانی مورد استفاده قرار می گیرند، واقعیت درمانی (Reality therapy) است که توسط Glasser بنیان گذاری شده است. این گونه بیان می کند که بنا بر دلایل علمی تمام رفتارهایی که انجام می دهیم، از جمله احساس بدبختی و فلاکت را خودمان انتخاب می کنیم. وی معتقد است که دیگران نمی توانند ما را بدبخت یا خوشبخت کنند. تمام چیزی که ما از دیگران دریافت می کنیم اطلاعات است. اطلاعات وارد مغز ما شده در آنجا پردازش می شوند و آنگاه تصمیم می گیریم چه کاری انجام دهیم (۱۴).

اپیدمیولوژی بیماری MS در دهه های اخیر نشان دهنده افزایش شیوع این بیماری در سراسر جهان و ایران است. در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار مورد مبتلا به این بیماری در آمریکا وجود دارد و سالانه ۱۰ هزار مورد جدید نیز به آن افزوده می شود، در ایران از هر ۱۰۰ هزار نفر تعداد ۵۰ نفر به MS مبتلا دارند (۱۵). هر ساله ۵ هزار نفر به این بیماری افزوده می شوند و میانگین سنی آغاز ابتلا به بیماری اغلب بین ۲۰ تا ۴۰ سال است. سیر بالینی بیماری MS از یک بیماری خوش خیم و فاقد علائم شدید تا یک بیماری پیشرونده و ناتوان کننده متفاوت است (۱۶). بیماری MS به دلیل این که عمدتاً در سنین جوانی و کارآمدی افراد را مبتلا می کند و دوره جوانی همزمان با رویارویی با موقعیتهایی مانند انتخاب شغل، تشکیل خانواده و تأمین امنیت مالی است، نگرانی زیاد برای بیماران ایجاد کرده و موجب اختلال در عملکردهای زندگی خانوادگی، ادامه تحصیل، زندگی اجتماعی و اقتصادی می شود. حال با توجه به مسائل فوق الذکر هدف اصلی این پژوهش این است که نشان دهد آیا بین اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف پذیری شناختی و افسردگی تفاوت وجود دارد یا خیر؟

روش کار

این پژوهش به لحاظ هدف از نوع کاربردی و از نوع مطالعات، نیمه آزمایشی بود و با استفاده از طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش، زنان متأهل سنین ۲۰ تا ۶۰ سال مبتلا به MS در استان همدان (۳ گروه ۱۸ نفره) در حدود ۵۴ نفر بودند. روش نمونه گیری در

موجب از دست رفتن امید و خوش بینی در آنان می شود (۵). مطالعات نشان می دهند که ۵۰ تا ۶۰ درصد مبتلایان به این اختلال از افسردگی رنج می برند. افسردگی یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روان شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می شود. از این لحاظ، افسردگی با سرماخوردگی در میان ناراحتی های جسمی قابل مقایسه است (۶).

این بیماری در دوران مهم زندگی خود رخ می دهد و موجب اختلال در کیفیت زندگی فرد می شود و همراه با آشفتگی های روان شناختی به ناتوانی کارکردی منجر می شود و جزء بیماری هایی است که درمان قطعی ندارد (۷). بدیهی است که علائم جسمی مانند خستگی و ناتوانی، مشکلات قابل توجه در خانواده، کار و زندگی اجتماعی منجر به عود نشانگان روان شناختی می شود و در نتیجه بار التهابی بیماری مزمن را افزایش می دهد. همچنین آسیب های عصب شناختی این بیماری ها بر سیستم اعصاب مرکزی نیز می تواند با نشانگان روان شناختی و شناختی در رابطه باشد (۸).

پژوهش ها نشان داده اند که علاوه بر مصرف داروهای MS، مداخلات روان شناختی به منظور مقابله با چالش های فوق بسیار حائز اهمیت است (۱). یکی از این مداخلات روان شناختی، درمان گروهی پذیرش و تعهد ((Acceptance and commitment group therapy (ACT) است. درمان پذیرش و تعهد برخاسته از موج سوم رفتار درمانی است که در اوایل دهه ۱۹۹۰ با درمان های ابتکاری شروع شده و از اصول ذهن آگاهی استفاده و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش تأکید می کند. درمان پذیرش و تعهد تمرکز کمتری بر کاهش نشانه دارد و بیشتر متمرکز بر افزایش کیفیت زندگی است (۹).

بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می دهد انعطاف پذیری شناختی (Cognitive flexibility) پایین با بهزیستی روانی و آسیب پذیری در طیف گسترده های از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی های روانی عمومی می شود، رابطه دارد. در پژوهشی مشخص شد که درمان پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی مبتلایان به دردهای میگرنی مؤثر است (۱۰). پژوهش ها نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی موجب مدیریت بهتر فرد در مقابله با بیماری های مزمن می شود (۱۱) و می تواند استرس در این بیماران را کاهش دهد. درمان پذیرش و تعهد می تواند بر انعطاف پذیری روان شناختی که به انعطاف پذیری شناختی نزدیک است، مؤثر باشد (۱۲). نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان ACT بر سطح تاب آوری و بهزیستی روان شناختی بیماران زن مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در شهرستان همدان تأثیر دارد. به نظر می رسد که درمان متمرکز بر شفقت

میان فردی) تشکیل شده است. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و... هستند. هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم نمره صفر تا زیاد نمره ۳ نشان می‌دهد. نمره کلی هر فرد با جمع نمرات کل عبارات به دست می‌آید. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ است. نمره ۰ تا ۱۰ دامنه طبیعی، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و بالاتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید طبقه‌بندی می‌شود (۲۰). در ایران قاسمی و همکاران، همسانی درونی این پرسشنامه را $\alpha = 0.87$ و پایایی باز آزمون آن را $r = 0.74$ گزارش کرده‌اند (۲۱).

پروتکل درمانی

در پژوهش حاضر دو پروتکل درمانی هر کدام با ۸ جلسه آموزشی مورد استفاده قرار گرفت که پروتکل درمانی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت به شیوه گروهی و پروتکل درمان مبتنی بر واقعیت درمانی گروهی در زیر آورده شده‌اند:

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت (۲۲)

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت در طی هشت جلسه گروهی طراحی شده است. در **جلسه اول**، پس از معارفه و بیان اهداف و قوانین گروه از جمله محرمانه بودن اطلاعات، اخذ رضایت آگاهانه و تأکید بر خودافشاگری تدریجی، مفهوم «نامیدسازی خلاق» با تمرین تصور فیل صورتی و استعاره «طناب‌کشی با هیولا» معرفی می‌شود. تکلیف خانگی این جلسه نوشتن «گل‌ها و خارهای زندگی» اعضای گروه است. **جلسه دوم** با مرور تکالیف خانگی آغاز شده و سپس مفاهیم پایه‌ای درمان پذیرش و تعهد و شفقت‌ورزی آموزش داده می‌شود. در این جلسه، مدارهای سه‌گانه شفقت‌ورزی Gilbert و مدل شش‌ضلعی ACT به زبانی ساده تبیین شده و بینش شرکت‌کنندگان نسبت به مشکل و کنترل‌گری ناکارآمد به چالش کشیده می‌شود. تکلیف جلسه دوم شامل تمرین «مکان امن» و تمرین «گسلش با برگ‌های روی آب» است. در **جلسه سوم**، آشنایی با ارزش‌ها و زندگی ارزش‌مدار در دستور کار قرار دارد. اعضای گروه با استفاده از تمرین «کارت ارزش‌ها»، «دارت ارزش‌ها» و استعاره «کاروان‌سرای مولانا» به شناسایی ارزش‌های خود می‌پردازند. تکلیف خانگی نوشتن «نامه به خودشفقت‌ورزانه» به صورت روزانه است. **جلسه چهارم** به آشنایی با روش‌های ناکارآمد اجتناب اختصاص دارد. در این جلسه، تمرین «شفقت‌ورزی تنفس عمیق» و «رنگ شفقت روزانه» انجام می‌شود. تکلیف جلسه، انجام یک عمل خیرخواهانه و تمرین شفقت روزانه است. در **جلسه پنجم**، ایجاد پذیرش از طریق استعاره «هیولاها در کشتی» و ذهن‌آگاهی با

پژوهش حاضر به شکل هدفمند بود. پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق از کمیته دانشکده علوم پزشکی و با هماهنگی مسئولان انجمن MS همدان، فراخوانی مبنی بر اجرای دو روش درمانی برای انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به MS ارائه داد، بدین شکل که ابتدا از طریق انجمن مبتلایان به MS استان همدان و نیز گروه‌های فضای مجازی، اعلام شد که قصد اجرای یک پژوهش روان‌شناختی با جلسات مداخله‌ای است و نیاز به داوطلب برای گروه‌های آزمایشی می‌باشد. با توجه به تعداد مبتلایان استان (حدود دو هزار نفر) و طبق جدول کرجسی و مورگان ۳۲۲ نفر در مرحله نخست پرسشنامه افسردگی را پاسخ دادند و از این بین ۶۰ نفر از کسانی که نمره افسردگی متوسط داشتند انتخاب شدند و در سه گروه (پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، واقعیت درمانی و گروه گواه) توزیع شدند. انتخاب این افراد برای این بود که طبق نظر دلاور (۱۷) هر گروه حداقل باید ۱۵ نفر را شامل شود که نظر به افت آزمودنی احتمالی برای هر گروه ۱۸ نفر (مجموعاً ۵۴ نفر) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: نداشتن افکار خودکشی و حداقل سواد سیکل بود و ملاک‌های خروجی در برگیرنده: غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل جدی برای ادامه جلسات بود. ابتدا از هر سه گروه پیش آزمون افسردگی و انعطاف‌پذیری شناختی سنجش شد و سپس بعد از آموزش به دو گروه آزمایش، پس‌آزمون مجدد از هر سه گروه اخذ شد و بعد از گذشت سه ماه، پیگیری از هر سه گروه به دست آمد.

ابزار

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی

جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی از پرسشنامه ۲۰ سوالی Dennis و Vander Wal (۲۰۱۰) استفاده شد (۱۸). این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی، رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در پژوهش Dennis و Vander Wal (۲۰۱۰) اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی Martin و Rubin ۰/۷۵ به دست آوردند (۱۸). در ایران ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹ گزارش کردند (۱۹).

پرسشنامه افسردگی

این پرسشنامه رایج‌ترین ابزار خودسنجی استفاده شده برای اندازه‌گیری شدت افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی (شناختی، عاطفی، رفتاری، جسمانی و نشانه‌شناسی

رفتارهای خود را بر اساس آن برنامه ریزی هوشمند تنظیم کنند. تکلیف خانگی انجام رفتارهای مبتنی بر توانمندی های منش در راستای برنامه هوشمند است. در نهایت **جلسه هشتم** به موضوع مسئولیت پذیری و زندگی مسئولانه اختصاص یافته و جلسات با جمع بندی نهایی پایان می پذیرد.

تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها شامل دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی بود که در آمار توصیفی فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار داده ها صورت گرفت و در آمار استنباطی با آزمون های کولموگروف-اسمیرنوف، ام باکس، لون و تحلیل واریانس چندمتغیره آمیخته به توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶، فرضیه پژوهش مورد سنجش واقع شد.

یافته ها

نتایج نشان داد که در متغیر تحصیلات بیشترین فراوانی با ۲۹ نفر (۱۱) نفر در گروه پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ۱۰ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۸ نفر در گروه کنترل) مربوط به تحصیلات کارشناسی و بالاتر بود. از طرفی اکثر شرکت کنندگان با فراوانی ۳۱ نفر (۱۰) نفر در گروه پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ۱۱ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۱۰ نفر در گروه کنترل) شاغل نبودند. همچنین مدت تاهل اکثر آزمودنی ها با ۲۷ نفر به صورت مساوی در هر سه گروه، بالای ۱۰ سال بود و در نهایت ۲۳ نفر (۶) نفر در گروه پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ۸ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۹ نفر در گروه کنترل) سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال داشتند و ۳۱ نفر (۱۲) نفر در گروه پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، ۱۰ نفر در گروه واقعیت درمانی و ۹ نفر در گروه کنترل) مابین ۴۰ تا ۶۰ سال بودند.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش ابتدا پیش فرض نرمال بودن داده ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هر دو متغیر انعطاف پذیری شناختی و افسردگی از توزیع نرمالی تبعیت می کنند. سپس پیش فرض همگنی ماتریس های کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس مورد سنجش واقع شد و نشان داد که سطوح معناداری برای هر دو متغیر وابسته بیشتر از ۰/۰۵ بودند. اکنون در **جدول ۱** اثر معناداری متغیر مستقل بر کل مدل با چهار آزمون اثر پیلایز، لامبدا و یلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی مورد سنجش قرار گرفت و نشان داد که سطوح معناداری به دست آمده از هر چهار آزمون کمتر از ۰/۰۵ می باشند که گویای این است با سطح اطمینان ۹۵ درصد متغیر مستقل (گروه)

استفاده از تمرین «تکرار سریع افکار» آموزش داده می شود. تکلیف خانگی شامل «تمرین آواز خواندن افکار» برای افزایش گسلش شناختی و انجام «تمرین اسکن بدنی شفقت روزانه» است. **جلسه ششم** به مرور ارزش ها، تعیین اهداف و برنامه ریزی هوشمند (SMART) اختصاص دارد. همچنین تکنیک «شفقت ورزی صبحگاهی» معرفی می شود. تکلیف جلسه نوشتن یک برنامه SMART و تمرین «مکان امن» است. در **جلسه هفتم**، واکنش های هفته گذشته اعضا بر اساس مدارهای سه گانه Gilbert بررسی شده و استعاره «مسافران اتوبوس» برای تلفیق پذیرش، ارزش ها و گسلش به کار می رود. تکنیک «شفقت ورزی نامه قدرشناسی» نیز در این جلسه انجام می شود. تکلیف خانگی «انجام نوازش خودشفقت ورزانه» به صورت روزانه است. در نهایت **جلسه هشتم** به شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، جمع بندی مطالب و اجرای پس آزمون اختصاص می یابد.

پروتکل درمان مبتنی بر واقعیت درمانی (۲۳)

پروتکل واقعیت درمانی نیز طی هشت جلسه گروهی اجرا شد. در **جلسه اول**، اعضای گروه با یکدیگر آشنا شده، اهداف گروه بیان می شود و مقدماتی درباره تاریخچه تئوری انتخاب ارائه می گردد. تکلیف خانگی جلسه اول تکمیل «پرسشنامه نیازهای اساسی» است. **جلسه دوم** به تبیین این موضوع اختصاص دارد که رفتار چگونه از سوی فرد صادر می شود. پنج نیاز اساسی (بقا، عشق و تعلق، قدرت، آزادی، تفریح) معرفی شده و نتایج تست نیازهای اعضا بررسی می گردد. تکلیف جلسه، نوشتن رفتارهای روزمره بر اساس نیازهای پنج گانه است. در **جلسه سوم**، مفاهیم کنترل بیرونی و کنترل درونی معرفی شده، اصول ده گانه تئوری انتخاب آموزش داده می شود و بر جایگزینی رفتارهای سازنده تأکید می گردد. تکلیف خانگی یادداشت رفتارهای کنترل گرانه روزمره اعضای گروه است. **جلسه چهارم** به تشریح «جهان واقعی» در مقابل «جهان مطلوب» می پردازد. چهار مؤلفه رفتار کلی (فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی) و «ماشین رفتار» معرفی می شوند. تکلیف جلسه، یادداشت رفتارهای روزمره بر اساس ماشین کلی رفتار است. در **جلسه پنجم**، ساخت تصویر واقع گرایانه از اهداف و ویژگی های هدف (خاص، قابل اندازه گیری، قابل دسترسی، واقع بینانه و زمان دار) آموزش داده می شود. تکلیف خانگی نوشتن اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت برای خود است. **جلسه ششم** به طرح ریزی برای دستیابی به هدف و روش های هدف چینی اختصاص دارد. اعضای گروه یک برنامه هوشمند اولیه برای خود یادداشت می کنند. در **جلسه هفتم**، گام های عملی در جهت اهداف با استفاده از «کارت های توانمندی» (بر اساس توانمندی های منش) ارائه می شود و اعضا تشویق می شوند

یعنی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر مدل تاثیر دارند.

جدول ۱. اثر معناداری متغیرهای مستقل بر کل مدل

آزمون‌های چند متغیره	مقدار آزمون	F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مقدار P	اندازه اثر آزمون
آزمون اثر پیلائی	۰/۳۹۳	۶/۲۳۸	۴	۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷
آزمون لاندای ویلکز	۰/۶۲۷	۶/۵۶۷	۴	۱۰۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۸
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۶۲	۶/۸۸۵	۴	۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۹
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۹۷	۱۲/۶۷۵	۲	۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲

برحسب جدول ۲ مشخص شد که سطح معناداری به دست آمده از آماره F برای متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی، بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد با سطح اطمینان ۹۵ درصد واریانس‌ها یا همان پراکندگی نمرات در سطوح متغیرهای

مستقل در متغیرهای وابسته، با یکدیگر برابر می‌باشند و این بدان معناست که تفاوت مشاهده شده در واریانس‌های گروه‌ها به قدری نیست که با اطمینان گفته شود، این تفاوت به صورت تصادفی رخ داده است.

جدول ۲. بررسی برابری واریانس‌ها

متغیر وابسته	حالات	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	مقدار P
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۰/۰۶۶	۲	۵۱	۰/۹۳۶
	پس‌آزمون	۰/۷۱۵	۲	۵۱	۰/۴۹۴
	پیگیری	۱/۲۳	۲	۵۱	۰/۳۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۱۸۲	۲	۵۱	۰/۳۱۵
	پس‌آزمون	۰/۳۸۶	۲	۵۱	۰/۶۸۲
	پیگیری	۱/۰۷۸	۲	۵۱	۰/۳۷۹

آخرین پیش‌فرض مربوط به همگنی واریانس تفاوت‌ها در اثرات درون آزمودنی با آزمون کرویت موچلی بود. بر مبنای جدول ۳ می‌توان گفت که سطح معناداری حاصل از آزمون کرویت موچلی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد و این بدان معناست که واریانس تفاوت‌ها در اثرات درون آزمودنی یا اثر زمان در متغیر وابسته همگن نمی‌باشد. اکنون که مشخص شد،

مقدار آزمون کرویت موچلی در جدول مذکور غیرمعنادار است، لذا باید مشخص شود که از کدام آزمون اصلاح‌کننده اپسیلون می‌بایست استفاده کرد. سطوح معناداری به دست آمده بر اساس آزمون اپسیلون حد پائین بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد و بنابراین این پیش‌فرض مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۳. بررسی برابری واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	مقدار آزمون کرویت موچلی	مقدار تقریبی خی دو	درجه آزادی	مقدار P	مقادیر آزمون اپسیلون
انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۰۵	۴۵/۱۴۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷
افسردگی	۰/۵۳۹	۳۰/۸۸۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵

اکنون بعد از بررسی پیش‌فرض‌ها و تأیید هر یک نوبت به تحلیل هر سه یافته پژوهش است. اولین خروجی، یافته یا نتیجه حاصل از فرضیه پژوهش، مربوط به اثرات درون آزمودنی یا اثر زمان برای متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی است که در **جدول ۴** آورده شده است. همان‌طور که مشخص می‌باشد، جهت سنجش اثرات درون آزمودنی یا اثر زمان برای متغیر وابسته، چهار آزمون کرویت موچلی، گرینهاوس-گیس، هیون-فلت و حد پائین آورده شده است. چون بر مبنای پیش‌فرض آخر و جدول ۵، سطح معناداری حاصل از آزمون کرویت موچلی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد و این بدان معناست که واریانس تفاوت‌ها در اثرات درون آزمودنی یا اثر زمان در متغیر وابسته همگن

نیستند، لذا برای سنجش اثرات درون آزمودنی یا اثر زمان برای متغیر وابسته از آزمون اپسیلون گرینهاوس-گیس استفاده خواهد شد. لذا همان‌طور که مشخص می‌باشد، سطح معناداری حاصل از آماره F کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند، با سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در اثر گذر زمان وجود دارد و این موید این مهم است که اثرات درون آزمودنی مورد تأیید قرار می‌گیرد. به طوری که اثر تعاملی زمان و گروه (مستقل) سبب شده است که نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در اثر گذر زمان به صورت معناداری دچار تغییر شوند.

جدول ۴. بررسی اثرات درون آزمودنی

متغیر وابسته	انواع آزمون‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	مقدار P	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری شناختی	کرویت موچلی	۱۲۳۲/۶۴۲	۲	۶۱۶/۳۲۱	۴۲۷/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	گرینهاوس-گیس	۱۲۳۲/۶۴۲	۱/۲۵۴	۹۸۲/۸۰۲	۹۸۲/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	هیون-فلت	۱۲۳۲/۶۴۲	۱/۳۲۱	۹۳۲/۹۲۴	۹۳۲/۹۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	حد پائین	۱۲۳۲/۶۴۲	۱	۱۲۳۲/۶۴۲	۱۲۳۲/۶۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
افسردگی	کرویت موچلی	۷۸۵/۶۴۲	۲	۳۹۲/۸۲۱	۳۸۱/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
	گرینهاوس-گیس	۷۸۵/۶۴۲	۱/۳۶۹	۵۷۳/۸۵۶	۳۸۱/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
	هیون-فلت	۷۸۵/۶۴۲	۱/۴۴۹	۵۴۲/۰۹۱	۳۸۱/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
	حد پائین	۷۸۵/۶۴۲	۱	۷۸۵/۶۴۲	۳۸۱/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲

دومین خروجی، مربوط به اثرات بین آزمودنی برای سطوح متغیر مستقل و نقش آنها در متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی می‌باشد که در **جدول ۵** ذکر شده است. همان‌طور که این جدول نشان می‌دهد، سطح معناداری مربوط به متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی

و افسردگی، کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند، لذا با سطح اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که گروه یا همان متغیر مستقل توانسته است به صورت معناداری بر متغیرهای وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی تأثیر بگذارد.

جدول ۵. بررسی اثرات بین آزمودنی

متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	مقدار P	اندازه اثر
انعطاف‌پذیری شناختی	۱۹۵۴/۸۲۷	۲	۹۷۷/۴۱۴	۹/۷۴۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
افسردگی	۶۳۰/۹۰۱	۲	۳۱۵/۴۵۱	۵/۰۱۱	۰/۰۱	۰/۱۶۴

اکنون در آخرین یافته پژوهش، تفاوت اثرات بین آزمودنی برای سطوح متغیر مستقل و نقش آنها در متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در **جدول ۶** با آزمون بنفرونی مورد سنجش قرار می‌گیرد. بر اساس این جدول می‌توان گفت سطوح معناداری تقابل پذیرش و تعهد با کنترل و واقعیت درمانی با کنترل در متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی کمتر از ۰/۰۵ می‌باشند، لذا با سطح اطمینان ۹۵ درصد پذیرش و تعهد با کنترل و واقعیت درمانی با کنترل از حیث متغیر وابسته انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی دارای تفاوت معناداری با یکدیگر هستند. از طرفی، می‌توان گفت که پذیرش و تعهد

بیشترین تفاوت مثبت با گروه کنترل را داشته و در نتیجه، بیشترین افزایش میانگین انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد کرده است و همچنین پذیرش و تعهد عملکرد بهتری در کاهش افسردگی نشان داده است. اکنون بر اساس چهار یافته پژوهشی، به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به MS تاثیر داشتند و نیز بین درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی از حیث افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶. بررسی تفاوت اثرات بین آزمودنی

متغیر وابسته	متغیر مستقل	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	مقدار P
انعطاف‌پذیری شناختی	پذیرش و تعهد با واقعیت درمانی	۲/۵۹۳	۱/۹۲۷	۰/۵۵۳
	پذیرش و تعهد با کنترل	۸/۳۱۵	۱/۹۲۷	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی با کنترل	۵/۷۲۲	۱/۹۲۷	۰/۰۱۴
افسردگی	پذیرش و تعهد با واقعیت درمانی	۴/۱۳	۱/۵۲۷	۰/۰۲۸
	پذیرش و تعهد با کنترل	۴/۲۴۱	۱/۵۲۷	۰/۰۲۳
	واقعیت درمانی با کنترل	۴/۱۳	۱/۵۲۷	۰/۰۲۸

نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی در زنان مبتلا به MS تاثیر داشتند که این نتیجه با یافته‌های علمداریان و همکاران (۲۰۲۳) (۲۴)، برهانی و همکاران (۲۰۲۱) (۲۵)، آقایی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۶) و فرمانی و همکاران (۲۰۱۵) (۲۷) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، با توجه به اینکه تمام تمرکز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری است و در تمام

جلسات به این شش ضلعی پرداخته شده است، بدیهی است در مقایسه با درمانی که اولویت‌ها و اهداف اختصاصی دیگری همچون بهبود روابط دارد، در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثرتر باشد. در حقیقت، تمامی تمرین‌ها و تمثیل‌های به کار رفته در جلسات درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی متمرکز هستند. بنابراین، طبیعی است که در مقایسه با هر درمانی در افزایش انعطاف‌پذیری برتری داشته باشد. با این وجود، توانایی درمان‌های دیگر (در این پژوهش واقعیت درمانی) در افزایش میزان انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند یافته علمی جدید و قابل توجهی باشد.

بحث

در واقع، با توجه به این که انعطاف‌پذیری هسته مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، اثربخشی آن امری قابل درک می‌باشد که با توجه به بهره‌گیری Hayes و همکاران او از حکمت و خرد شرقی و اصول دقیق رفتارگرایی، ترکیبی از موضوعات مختلف همچون ارزش‌ها، پذیرش و گسلش و ذهن‌آگاهی و از دگر سو برنامه‌ریزی هوشمند را ارائه داده است (۲۸).

Harris بیان می‌دارد که درمان پذیرش و تعهد به شفاف‌سازی ارزش‌های بنیادی فرد می‌انجامد و این ارزش‌ها انگیزه ایجاد می‌کنند که الهام‌بخش افراد به سمت اعمال موثر خواهند بود و به این ترتیب فرد دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری می‌شود (۲۹). همچنین، Hayes معتقد است هدف درمان پذیرش و تعهد این است به فرد کمک کند تا دریابد تلاش برای رهایی و خلاص شدن از درد و رنج فقط باعث افزایش آن می‌شود و شما را بیشتر در خود گرفتار می‌کند. با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد از افکار خود فاصله می‌گیرد و این مساله به او یاری می‌رساند تا با ذهنی گشوده به دنبال راه حل می‌گردد (۳۰). همچنین این رویکرد به تغییر دیگری هم منجر می‌شود. توانایی انجام عمل موثر که باعث می‌شود به جای تفکر ناگهانی و غیرارادی افکار ارادی و آگاهانه جایگزین شوند و فرد بتواند با انگیزه هدایت شده و توسط ارزش‌های اصلی خود الهام بگیرد و در صورت لزوم سازگاری خود با موقعیت را افزایش دهد.

دوستی و همکاران در کتاب خود که به مبحث گروه درمانی اختصاص دارد بر تأثیر فرایند ذهن‌آگاهی و پذیرش بر خودکارآمدی افرادی که ارزش‌های اساسی خود را شناخته‌اند تأکید می‌کنند و اشاره می‌کنند بعد از تعیین چشم‌انداز زندگی و تعیین ارزش‌ها و اهداف، با ذهن‌آگاهی و بودن در لحظه اینجا و اکنون افراد به مسیرهای انحرافی کشیده نمی‌شوند و ناامیدی بر آنها مسلط نمی‌شود و می‌توانند هر لحظه بر اساس ارزش‌های خود اقدامات مؤثری را با کارآمدی بالا انجام داده و شادکامی بیش‌تر و افسردگی کمتر را تجربه می‌کنند (۲۸).

Hayes معتقد است که درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توانایی احساس و تفکر عمیق و توانایی بدون قضاوت لحظه اکنون و اینجا را افزایش می‌دهد و توانایی برنامه‌ریزی و هدایت زندگی در جهات مهم را در فرد افزایش می‌دهد و به شکل‌گیری عادت‌های سازنده و دستیابی به اهداف و آرزوها منجر می‌شود. در این مسیر ما یاد می‌گیریم از هر فکر، احساس و یا رویداد ناخوشایندی به هر قیمت اجتناب نکنیم و در مسیر دستیابی به چشم‌انداز زندگی و اهدافمان برخی مواقع پذیرای آنها باشیم و از این رو خودکارآمدی فرد افزایش می‌یابد (۳۱).

در انتها می‌توان اشاره به این نکته داشت که رویکرد پذیرش و تعهد با توجه به عمق اطلاعاتی بنیانگذارانش و عقبه رفتارگرایی آنها با جزییات بیشتری به مبحث برنامه‌ریزی هوشمند بر اساس ارزش‌ها می‌پردازند و در این مسیر ذهن‌آگاهی و گسلش که در واقعیت درمانی مورد تأکید نیست، به کمک درمان پذیرش و تعهد آمده و در افزایش شادکامی و کاهش افسردگی مؤثرتر عمل نموده است. همچنین، می‌توان بیان داشت که یکی از ابعاد شش ضلعی انعطاف‌ناپذیری در درمان پذیرش و تعهد، تسلط گذشته و آینده است بر فرد. در زمان اجرای درمان مشخص گردید که برخی از اعضای گروه دائماً اتفاقات تلخ گذشته زندگی را نشخوار می‌کردند و این مساله شدیداً آنها را افسرده می‌نمود و برخی نیز شدیداً نگران دوران پیری و ناتوانی و تنهایی بودند و دچار اضطراب می‌شدند که هر دو سلامت عمومی را کاهش می‌دهد. در خلال درمان با یاری گرفتن از تمرین‌های ذهن‌آگاهی همچون لنگر انداختن و اسکن بدنی و ... و نیز با افزودن تمرین‌های گسلش همچون تکرار سریع افکار و برگ‌های روی آب، افراد توانستند از سیطره کامل گذشته و آینده رهایی یابند و از لحظه‌های اینجا و اکنون در روابط و لذت‌ها بهره‌مند گردند (۹).

درمان پذیرش و تعهد چون به افراد کمک می‌کند که سیستم کنترل-اجتنابی خود را کشف کنند و همچنین به این نتیجه برسند راه‌حلی که تاکنون استفاده کردند (کنترل-اجتناب) مفید نبوده و به ویژه در دراز مدت کمکی نکرده است زیرا فرار از افکار و احساسات آنها را از بین نمی‌برد، بلکه آنها با قدرت بیشتر دوباره برمی‌گردند. در درمان پذیرش و تعهد بیماران از طریق پذیرش فضایی را درون خود برای احساسات و حواس و امیال و دیگر تجربه‌های خصوصی ناخوشایند خود ایجاد می‌کنند بدون آن که از آنها فرار کنند همچنین به بیماران کمک می‌شود بیماری را جزئی از زندگی خود در نظر بگیرند، نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن. این پذیرش به خودی خود سازنده است و موجب می‌شود بیماری، درد یا افکار آزارنده مربوط به بیماری تأثیر کمتری بر زندگی فرد بگذارند (۲۸).

در درمان پذیرش و تعهد چون به جنبه‌های منفی ذهن و زبان توجه می‌شود یعنی به بیمار کمک می‌کند با وجود افکار منفی که در ذهن دارد به آن واکنش نشان ندهد و از آن تبعیت نکند برای مثال فردی که فکر می‌کند من آدم ضعیفی هستم سعی کند این فکر فرد را دچار اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی نکند، بلکه بتواند فعالیت‌های مورد علاقه خود را انجام دهد. جدی و واقعی فرض نکردن افکار (گسلش شناختی) باعث می‌شود افکار منفی مربوط به بیماری، تأثیر کمتری بر فرد، فعالیت‌ها و کیفیت زندگی وی بگذارد (۲۸).

با آموزش رویکرد واقعیت درمانی به بیماران MS آنها یاد گرفتند که بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آنها با زندگی روزمره خود متمرکز شوند. بدین ترتیب آنها با قبول رفتار مسئولانه در خود توانسته‌اند از رفتارهای غیرمسئولانه که زمینه‌ساز شکست و نوسان خلق و ایجاد فشار روانی ناشی از آن می‌شود پرهیز کنند. همچنین باعث شده است افراد از طریق خودارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل آنهاست برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز کنند. در واقع واقعیت درمانی کمک می‌کند تا بیماران متوجه شوند که می‌توانند بر زندگی خود کنترل داشته باشند و به جای مکانسیم جنگ و گریز در برابر مشکلات بر حل آن تمرکز کرده و در نتیجه تمرکز بر حل مشکلات مسئولیت‌پذیری را در آنان افزایش می‌دهد (۱۴).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به محدودیت در دسترسی به افراد بیمار و جلب مشارکت آنان در انجام پژوهش به دلیل مشکلات خاص این بیماری و مشکلات اقتصادی و اجتماعی اشاره نمود. این پژوهش فقط بر روی زنان مبتلا به MS و آن هم در استان همدان انجام شده است و در تعمیم نتایج آن باید محتاط بود. این پژوهش در فصل تابستان انجام شد و مبتلایان به MS، در اثر گرمای شدت دچار افت عملکرد می‌شوند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که برای پژوهش‌های بعدی از حمایت‌های مالی انجمن MS و سایر نهادهای ذی‌ربط استفاده گردد و نیز بر مردان مبتلا به MS استان همدان و نیز زنان و مردان سایر استان‌ها نیز این پژوهش انجام گیرد و نهایتاً این که به دلایل شرایط خاص این عزیزان، پیشنهاد می‌شود این چنین پژوهش‌هایی در فصول معتدل سال (بهار و پائیز) صورت گیرند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی زنان مبتلا به MS مؤثر بوده‌اند. این نتایج همراه با جزییات فنی‌شان می‌توانند مورد توجه متخصصان حوزه روان‌شناسی سلامت که به طور ویژه با گروه بیماران مبتلا به MS سروکار دارند، قرار گیرند.

در نهایت می‌توان از پژوهش حاضر این طور نتیجه گرفت که واقعیت درمانی با توجه به ایجاد محیط پذیرنده و اولویت دادن به برقراری رابطه با اعضای گروه از یک‌سو و آموزش مهارت‌های ارتباطی به آنها و آموزش ارضای مسئولانه نیازهای پنج‌گانه، توانسته به برقراری ارتباطات موثر و به دور از کنترل‌گری، مهارت‌های ارتباطی مبتلایان

را افزایش داده و با جلب حمایت اجتماعی و افزایش خودکارآمدی از این طریق، انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش داده و افسردگی را کاهش دهد.

در مورد درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، با توجه به انجام تمرین‌های گسلش و ذهن‌آگاهی، به کارگیری تمثیل‌هایی برای پذیرش و انجام برنامه‌ریزی هوشمند، درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت، توانسته انعطاف‌پذیری شناختی را بیش از واقعیت درمانی در زنان مبتلا به MS که نبردی با بیماری مزمن خود از یک سو و نبردی با برخی افراد که از شفقت‌ورزی کمتر برخوردارند (همسر، فرزندان و بستگان) دارند ایجاد کرده و از این طریق با افزایش پذیرش و تعهد به افزایش روابط صمیمانه همسران و نهایتاً به کاهش افسردگی برسند.

در مورد افسردگی نیز با توجه به تاکید فراوان درمان پذیرش و تعهد بر رفتار موثر متعهدانه که با کمک برنامه‌ریزی هوشمند شکل می‌گیرد، این درمان توانسته اعضای گروه را از اجتناب تجربی و انفعال و ناامیدی رها کرده و با افزایش شادکامی آنها، افسردگی را در این افراد کاهش دهد.

در نهایت به نظر می‌رسد در مورد مساله‌ای همچون بیماری مزمن MS، چون شرایطی که وجود دارد در برخی زمینه‌ها ناگزیر و غیرقابل تغییر است، درمان پذیرش و تعهد با کمک به پذیرش آنچه افراد نمی‌توانند تغییر دهند، راه را برای سرمایه‌گذاری روانی بر سایر عوامل قابل تغییر زندگی و ارزش‌های اساسی همچون روابط، تندرستی، پیشرفت و استقلال، باز نموده و به اعضای گروه کمک نموده است تا از دامی که در آن گیر افتاده بودند رها شوند و با توجه به ترکیب شفقت‌ورزی با پذیرش و تعهد به قضاوت و سرزنش کمتر خود و دیگران پرداخته و همگانی بودن درد و رنج در نوع بشر را درک نموده و خود را قربانی سرنوشت ندانسته و از افسردگی رها شده و تبعیت بیش‌تری از درمان داشته باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1403.113 به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش رسیده است. روش پژوهش برای هر یک از شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند و صرفاً در راستای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. شرکت‌کنندگان با آگاهی از این که حضور در فرآیند پژوهش اجباری نیست و می‌توانند در هر زمان از ادامه آن انصراف دهند، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل و امضا نمودند.

مشارکت نویسندگان

کلیه نویسندگان در مفهوم سازی، طراحی پژوهش، جمع آوری منابع، اجرا، نگارش و تهیه پیش نویس مقاله، تجزیه و تحلیل و پردازش داده ها به طور مساوی مشارکت داشته اند. همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بازبینی و تأیید قرار دادند.

منابع مالی

این پژوهش از هیچ سازمان یا نهادی در بخش های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی کمک مالی دریافت نکرده است و مستخرج از پایان نامه دکتری می باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از رساله دکتری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنجن می باشد. بدینوسیله از کلیه شرکت کنندگان گروه های آزمایش و گواه که در جلسات شرکت کردند، و همچنین از تمامی عزیزی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که هیچ گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Eskandari M, Rezakhani S, Behboodi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological capital and emotional expression styles in women with multiple sclerosis. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*. 2021;8(2):71-76.
2. Yoysefikia M, Khoshkonesh A, Falahzadeh H. The effectiveness of reality therapy to decrease the marital conflict and despair in women with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh*. 2018;23(3):364-377. (Persian)
3. Marrie RA, Walld R, Bolton JM, Sareen J, Walker JR, Patten SB, et al. Estimating annual prevalence of depression and anxiety disorder in multiple sclerosis using administrative data. *BMC Research Notes*. 2017;10(1):619.
4. Pham T, Jette N, Bulloch AG, Burton JM, Wiebe S, Patten SB. The prevalence of anxiety and associated factors in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2018;19:35-39.
5. Schiavon CC, Marchetti E, Gurgel LG, Busnello FM, Repold CT. Optimism and hope in chronic disease: A systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2017;7:2022.
6. Farhadian M, Rajabzadeh A, Shayegan Nejad V, Sharif Khah M, Khorvash F. Balance and depression in patients with multiple sclerosis. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2015;5:146-151. (Persian)
7. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965;12(1):63-70.
8. Oraki M, Sami P. The effect of mindfulness integrated behavior-cognitive therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017;5(20):34-47. (Persian)
9. Hakimi N, Aghdasi A, Sahebi A, Hosseininassab SD. Comparison of the effectiveness of reality therapy and acceptance and commitment therapy on communication skills in women with multiple sclerosis. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2025;14(2):113-122. (Persian)
10. Bakhshandeh LN, Zebardast A, Rezaei S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, rumination, and distress tolerance in persons with Migraine headache. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021;8(2):74-87. (Persian)
11. Kuba K, Weissflog G. Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic disease. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2017;67(12):525-536.
12. Matbou A, Andabil AF, Dokaneifard F. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on resilience components in incompatible married couples. *Mental Health and Lifestyle Journal*. 2025;3(1):1-11.

13. Kolts RL. CFT made simple: A clinician's guide to practicing compassion-focused therapy. Oakland, CA:New Harbinger Publications;2016.
14. Yadolahi Saber F, Ebrahimi ME, Zamani N, Sahebi A. The effect of choice theory training on responsibility and hopefulness of female students Islamic Azad University Hamedan. *Social Cognition*. 2019;8(1):165-174. (Persian)
15. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *Internal Medicine Today*. 2018;24(2):125-131. (Persian)
16. Magyari M, Sorensen PS. Comorbidity in multiple sclerosis. *Frontiers in Neurology*. 2020;11:851.
17. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran:Roshd;2016.
18. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34(3):241-253.
19. Shareh H, Eshaghi Sani M. Predictive role of morningness-eveningness personality, cognitive flexibility and cognitive emotion regulation in marital satisfaction in middle-aged women. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019;24(4):384-399. (Persian)
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996;78(2):490-498.
21. Ghasemi S, Rajabnia F, Saadatian V, Meshkat M. The frequency of depression and related factors among the medical and paramedical students of Mashhad Islamic Azad University during year 2007-2008. *Medical Science Journal Islamic Azad University-Mashhad Branch*. 2009;4(3):181-187.
22. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):639-665.
23. Wubbolding RE. Reality therapy and self-evaluation: The key to client change. Alexandria, VA:John Wiley & Sons;2017.
24. Alamdarian H, Ebrahimi MI, Haddadi A, Ghasemy A. Predicting suicide tendency based on self-compassion and psychological flexibility in married women with MS. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2023;30(3):301-311. (Persian)
25. Borhani I, Momeni k, Karami J, Mashhadi A. The efficacy of combining therapy cognitive with acceptance and commitment on symptoms of depression and psychosomatic problems firefighters of Mashhad city. *Journal of Psychological Science*. 2021;20(103):1171-1192. (Persian)
26. Aghae H, Sanei A. Effectiveness of reality therapy on postpartum depression and post-traumatic stress disorder symptoms in women with normal childbirth. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*. 2020;12(2):1-7. (Persian)
27. Farmani F, Taghavi H, Fatemi A, Safavi S. The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2015;2(4):33-38.
28. Dousti P, Ghodrati G, Ebrahimi M. A guide to group therapy based on acceptance and commitment therapy. Tehran:Amin Negar Publications;2018.
29. Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, CA:New Harbinger Publications;2019.
30. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York:Guilford press;2011.
31. Hayes SC. A liberated mind: How to pivot toward what matters. New York:Penguin;2020.