

## اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و رضایت -

### مندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس

\* عزت اله قدم پور<sup>۱</sup>، لیلا حیدریانی<sup>۲</sup>، فرناز رادمهر<sup>۳</sup>

۱. دانشیار روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان.

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه رازی.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۳/۱۰)

## The Effectiveness on Acceptance and Commitment Group Therapy Based on Cognitive Flexibility and Life Satisfaction Women With Multiple Sclerosis

\* Ezatollah Ghadampour<sup>1</sup>, Leila Heidaryani<sup>2</sup>, Farnaz Radmehr<sup>3</sup>

1. Associate Professor in Educational Psychology, Lorestan University.

2. Ph.D. student in Educational Psychology, Lorestan University.

3. Ph.D. student in Jeneral Psychology, Razi University.

(Received: May. 19, 2018 - Accepted: May. 31, 2019)

### Abstract

**Objective:** The aim on present study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on cognitive flexibility and life satisfaction women with multiple sclerosis. **Method:** The present study design was method experimental included with pretest-posttest and follow-up with control group which was performed on 30 women with multiple sclerosis, who were randomly assigned into two groups of experimental and control group. Intervention acceptance and commitment therapy during 8 sessions, 90-minute, two sessions a week for the experimental group, while control group received no the intervention. After finishing session, posttest and three months after intervention follow-up was administrated to experimental and control group. Analysis of raw data using descriptive and inferential and tests, including analysis of covariance was performed. **Results:** The results revealed that the acceptance and commitment therapy had a significant positive effect on increase cognitive flexibility and life satisfaction ( $P < 0/001$ ). Findings were also preserved in the follow-up phase. **Conclusion:** According to the effect of acceptance and commitment therapy on increase cognitive flexibility and life satisfaction in suffering and its effects, application of this method at all levels of prevention and treatment of physical illness seems necessary.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Flexibility, Life Satisfaction, Multiple Sclerosis.

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف پذیری شناختی و رضایت مندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود. روش: روش پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که بر روی ۳۰ زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند، انجام شد. مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در حالی که گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. تحلیل داده‌های خام با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله آنالیز کوواریانس صورت گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی ( $P < 0/001$ ) مبتلایان تأثیر معنی‌داری داشته است. این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. نتیجه‌گیری: باتوجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی مبتلایان و تداوم اثر آن، به کارگیری این روش در همه سطوح پیشگیری و درمان مبتلایان به بیماری‌های جسمی ضروری به نظر می‌رسد.

**واژگان کلیدی:** درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت‌مندی از زندگی، مولتیپل اسکلروزیس.

\* نویسنده مسئول: عزت اله قدم پور

Email: ghadampour.e@lu.ac.ir

\*Corresponding Author: Ezatollah Ghadampour

## مقدمه

بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با مشکلات مختلفی مانند کاهش ناتوانی و کارکردها، پایین بودن حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای ناموثر، کاهش امید به زندگی و مشکلات عاطفی و اقتصادی درگیر هستند (بوگسین، موس و هدوین، ۲۰۱۰، به نقل از محمودی، ۱۳۹۷).

افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس در طول زندگی خود اختلالات متنوع جسمی و روانی ناشی از بیماری را تجربه می‌کنند و این اختلالات، عملکرد روزانه، زندگی خانوادگی و اجتماعی، استقلال عملکردی، برنامه‌ریزی برای آینده و انعطاف‌پذیری شناختی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (سالاری و رادیس، ۲۰۰۱).

انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۲</sup> از مقابله بیماران با رویدادهای زندگی جلوگیری می‌کند (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۱۳۹۲). انعطاف-پذیری شناختی که حدود چهار دهه است مورد توجه و علاقه محققان قرار گرفته (چانگ، ۲۰۰۳) در اواسط دهه‌ی ۸۰ میلادی همزمان با شکل‌گیری نظریه‌ی طرح‌واره‌ها که ریشه در دانش حافظه داشت رشد کرد (هاشمی، احتشام-زاده و هاشمی‌شیخ‌شبان، ۱۳۹۳). مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود فرد و تعهد به فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات است، شکل‌های مختلف

بیماری مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی است که علاوه بر اختلالات عصبی-حرکتی با علائمی چون اضطراب، ضعف و کاهش قدرت حل مشکل، بروز می‌کند و باعث اختلالات جسمی و روانی متعددی می‌شود (آقایوسفی، شقاقی، دهستانی و برقی‌ایرانی، ۱۳۹۱) و بخش قابل توجهی از زندگی فرد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (عبدخدایی، شهیدی، مظاهری، پناغی و نجاتی، ۱۳۹۶). طبق گزارش انجمن ام. اس ایران حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آن‌ها ثبت شده‌اند، این رقم رو به افزایش است. بیماری مولتیپل اسکلروزیس مانند سایر بیماری‌های خود ایمنی در زنان شیوع بیشتری دارد، در واقع این بیماری در زنان دو برابر بیش‌تر از مردان بروز می‌کند (مک‌رینولدز، کوچ و رومیل، ۱۹۹۹؛ کور، منون و الیوت، ۲۰۰۷). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری نیز ۲۰ تا ۴۰ سال است (مکاب، ۲۰۰۵؛ کاری، ۲۰۰۱) و بعضی از رایج‌ترین علایم جسمانی زودرس و اولیه این بیماری عبارتند از اختلالات بینایی، درد، بی‌اختیاری ادرار، ضعف و ... ، به غیر از این مشکلات جسمی، از بین رفتن میلین سلول‌های عصبی معمولاً منجر به مشکلات روحی و روانی از جمله افسردگی و ناامیدی می‌شود (عمرانی، میرزائیان، آقباقری، حسن‌زاده و عابدینی، ۱۳۹۱). گزارش‌های قبلی حاکی از آن است که

2. cognitive flexibility

1. multiple sclerosis (MS)

برای کاهش انعطاف‌پذیری شناختی این بیماران فراهم می‌کند؛ هدف مداخلات روانشناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های فوق می‌باشد؛ بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار دهند و تنها به آسیب‌های جسمی و ناتوانی جسمی آنها بسنده نکنند (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳). اما عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی است (دنيس و واندروال، ۲۰۱۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس رضایت‌مندی از زندگی<sup>۱</sup> آن‌ها را کاهش می‌دهد، به طوری که بیماری مولتیپل اسکلروزیس بر زندگی فرد بیمار چیره گشته و بر روابط فرد با خانواده و اطرافیان تأثیر می‌گذارد. رضایت‌مندی از زندگی به معنای ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خود بر اساس معیارهای شخصی خویش (پیکو و هاوایی، ۲۰۱۰) و یا همان رضایت ادراک شده است (آبری، بری و هوگان، ۲۰۱۲). سطوح مختلف رضایت‌مندی از زندگی منعکس کننده ارزیابی بیمار از زندگی کنونی خود در مقایسه با زندگی دلخواه‌شان است. بیماران با رضایت-مندی از زندگی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و آن‌ها را خوشایند توصیف می‌کنند، در

آسیب‌شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی به وسیله رفتارهایی ارزش محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است شرح داده می‌شود (ماسودا و تالی، ۲۰۱۲). انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند (دیسکستین و همکاران، ۲۰۰۷). بعضی پژوهشگران انعطاف‌پذیری شناختی را میزان ارزیابی فرد در مورد قابل کنترل بودن شرایط تعریف کرده‌اند که این ارزیابی در موقعیت‌های مختلف تغییر می‌کند (زونگ و همکاران، ۲۰۱۰). بیماری مولتیپل اسکلروزیس، استقلال و توانایی را برای شرکت مؤثر در خانواده و جامعه کاهش می‌دهد. هاوسلیتر، برون و جاکل اذعان دارند که میلیون‌زادی فیبرهای عصبی نه تنها بر کارکرد سیستم‌های حسی و حرکتی اثر می‌گذارد، بلکه ممکن است موجب نشانه‌ها و علائم آسیب شناختی روانی شود. ادبیات تجربی به میزان بالای افسردگی و پریشانی، اضطراب، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی پایین، و مشکلات نقش و روابط اجتماعی در این بیماران اشاره دارد، که همه این عوامل انعطاف‌پذیری شناختی این بیماران را محدود می‌سازد (دنيسون و همکاران، ۲۰۱۰). آنجایی که این بیماران هم بایستی با استرس-های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از علائم بیماری که نوسان‌دار و غیر قابل پیش-بینی هستند، مقابله کنند، پیشرفت بیماری ممکن است با کار، زندگی خانوادگی، ارتباطات و فعالیت‌های اجتماعی تداخل کند و زمینه را

در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و ...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (هیس و همکاران، ۲۰۰۶) و یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد (والیس و همکاران، ۲۰۰۳). تحقیقات حاکی از اثربخشی این درمان بر بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس بوده است (مک‌کالین و زونلسکی، ۲۰۱۵). برای مثال، انوری در پژوهش خود نشان داد که درمان پذیرش و تعهد گروهی بر رضایت‌مندی از زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر است (انوری، ۱۳۹۱). ایزدی نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافت که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان دارد (ایزدی، ۱۳۹۳). مسعودی (۱۳۹۶) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به ام‌اس تأثیر دارد. نتایج تحقیق رجبی و یزدخواستی، بر اهمیت کاربرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به ام‌اس دارد (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳). فراهانی و حیدری با مطالعه‌ای که انجام دادند، نتیجه گرفتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ام‌اس می‌شود (فراهانی و حیدری، ۱۳۹۷). نتایج

حالی که بیماران با رضایت‌مندی از زندگی پایین، خود، گذشته و آینده‌شان، دیگران و نیز رویدادها و موقعیت‌های زندگی خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجان‌های منفی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (یوسف‌نژادشیرازی و پیوستگر، ۱۳۹۰).

تا کنون رویکردها و تکنیک‌های متنوعی برای درمان بیماران مولتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گرفته است، در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> (ACT) به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها می‌تواند بسیار مثمر ثمر باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیرات مطلوبش را در ارتقاء و حفظ تغییرات سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی ثابت کرده است (حکم‌آبادی، بیگدلی، اسدی و اصغری‌ابراهیم‌آباد، ۱۳۹۶). این درمان جزء درمان‌های موج سوم می‌باشد که در آن به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (هیس و استروسال، ۲۰۱۰). ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلش<sup>۲</sup>، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد

1. acceptance and commitment therapy

2. Psychological acceptance

پژوهش مهشیکا (۲۰۱۰) و آماندا و لی (۲۰۱۵) نیز حاکی از معناداری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آشفتگی‌های روانی مبتلایان بود. پارسا، صباحی و محمدی‌فر در مطالعه خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود (پارسا، صباحی و محمدی‌فر، ۱۳۹۷). قدم‌پور، رادمهر و یوسف‌وند (۱۳۹۵) نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. بنابراین با توجه به مزمن بودن بیماری مولتیپل اسکلروزیس و طولانی بودن آن و به خصوص این که بیش‌تر این بیماران را افراد جوان تشکیل می‌دهند و در زمینه موضوع حاضر تا کنون پژوهشی صورت نگرفته است و همین‌طور با در نظر گرفتن اهمیت شاخص‌های انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) انجام شد.

## روش

روش پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به

بیماری مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به انجمن ام‌اس شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ در بازه زمانی مرداد ماه تا دی ماه بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه مورد مطالعه انتخاب شد. بدین منظور ابتدا با مراجعه به انجمن ام‌اس، زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس شناسایی و بررسی شدند و پس از جلب همکاری آنان، مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی در بین آنان توزیع گردید و سپس افرادی از جامعه فوق که طبق معیار نقطه برش بالینی آزمون انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی در وضعیت غیر طبیعی بودند (یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین) بود، به عنوان نمونه انتخاب شدند. پس از هم‌تاسازی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمره انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی و با عنایت به این که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این که ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید (فریچ، ۲۰۰۶) و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفره برای هر گروه استفاده می‌کنند (داینر، لوکاس و آیشی، ۲۰۰۲) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر زن مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس بود، از این تعداد ۱۵ نفر به صورت تصادفی برای گروه آزمایش و ۱۵ نفر برای گروه گواه انتخاب شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه تحت مداخله درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد به صورت گروهی قرار گرفت و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و مجدداً سه ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۴ جلسه فشرده نیز تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت. پکیج جلسه‌های درمانی در این مطالعه بر اساس پژوهش براتیان و همکاران (۱۳۹۶) تنظیم گردید.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تشخیص ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس توسط روانپزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات سیکل، سن بیماران بین ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده و قادر به تکلم به زبان فارسی باشند، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات برخوردار باشند. بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند، یا به بیماری‌های جسمی و روانی همزمان مبتلا بودند و علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آن‌ها تشخیص روپزشکی یا عقب‌ماندگی ذهنی درج شده بود، از مطالعه حذف گردیدند. همچنین ملاک خروج از مطالعه نیز عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری با پژوهشگر بود. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند، در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش

سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و به مراجعان اطمینان داده شد که مطالب ارائه شده در جلسات مداخله و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. بعد از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیری محاسبه گردید.

#### ابزار

۱- مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) معرفی شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود که براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۷ تا ۱۴۰ می‌باشد که کسب نمره بیش‌تر به معنی انعطاف‌پذیری شناختی بیش‌تر و

شده و در فرهنگ‌های مختلف و مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، استفاده می‌شود. این مقیاس ۵ ماده‌ای است (کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۷) به طوری که دامنه احتمالی نمره‌ها روی مقیاس از ۵ یعنی رضایت پایین تا ۳۵ یعنی رضایت بالا، متغیر خواهد بود و هرچه نمره فرد بالاتر باشد یعنی اینکه فرد از رضایت‌مندی بیشتری از زندگی برخوردار است و کسب نمره کمتر به معنی رضایت‌مندی از زندگی پایین‌تر است. بر اساس گزارش داینر و همکاران (۱۹۸۵) مقیاس از روایی و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بالایی برخوردار است، به ترتیبی که آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۸ و پایایی بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰/۸۲ بوده است. خسروی (۱۳۷۶) نسخه‌ای از این مقیاس

کسب نمره کمتر به معنای آن است که فرد در مقابل تفکرات روانی از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردار است. روایی همزمان این مقیاس با افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. در ایران شاره و همکاران ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نموده‌اند. آلفای کرونباخ داده‌های این مقیاس در پژوهش فاضلی، احتشام‌زاده و هاشمی‌شیخ‌شبان (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه گردید.

۲- مقیاس رضایت‌مندی از زندگی: این مقیاس توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) طراحی

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (برایتیان و همکاران، ۱۳۹۶)

جلسه	محتوا
۱	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و پاسخ به پرسشنامه‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
۲	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۳	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مولتیپل اسکلروزیس مورد بحث قرار گرفت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۴	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۵	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۶	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۷	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند.
۸	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).

را در ایران ترجمه و آماده اجرا کرده، روایی آن را در جامعه ایرانی تأیید کرده و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ را برای آن گزارش کرده است. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید. خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است.

### یافته‌ها

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همگی آنان در دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله  $۳۱/۱۳ \pm ۶/۱۶$  و گروه گواه  $۵/۸۶ \pm ۳۲/۰۶$  بود و همچنین در هر دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت-شناختی هم‌تا شده بودند، پس از اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و پیگیری به عمل

آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. جدول ۲، میانگین و انحراف معیار انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی را در افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آن‌جا که کسب نمره کمتر در انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی افزایش معناداری نسبت به گروه گواه دارد. به علاوه، بعد از گذشت سه ماه از اجرای مداخله، مشخص شد که افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت-مندی از زندگی در اعضای گروه آزمایش، در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی به تفکیک گروه‌ها

گروه آزمایش		گروه گواه		متغیرها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۳۱/۱۳	۶/۱۶	۳۲/۰۶	۵/۸۶	سن
۶۷/۰۲	۶/۰۵	۶۵/۸۹	۵/۰۱	انعطاف‌پذیری شناختی
۷۷/۱۴	۵/۷۲	۶۷/۰۲	۶/۰۷	
۷۶/۴۵	۳/۹۶	۶۵/۰۹	۴/۳۷	
۱۷/۴۱	۴/۲۱	۱۷/۷۵	۲/۵۴	رضایت‌مندی از زندگی
۲۸/۲۶	۳/۶۲	۱۹/۲۸	۱/۶۳	
۳۰/۰۷	۳/۷۵	۲۰/۱۳	۱/۶۵	



نبود شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت-مندی از زندگی، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره‌های انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بیشتر از ۰/۰۵ است، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر تفاضل نمره‌های پس‌آزمون-پیش‌آزمون متغیرهای وابسته (انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی) در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری
اثر پیلایی		۰/۸۰۰	۵۰/۱۱۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
گروه لامبدای ویلکز		۰/۲۰۰	۵۰/۱۱۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ		۴/۰۱۰	۵۰/۱۱۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه خطا		۴/۰۱۰	۵۰/۱۱۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱

شناختی و رضایت‌مندی از زندگی ( $P < ۰/۰۰۱$ ) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر باشد، که این درمان در مرحله پس‌آزمون ۵۵ درصد بر انعطاف‌پذیری شناختی، ۷۳ درصد بر رضایت-مندی از زندگی و در مرحله پیگیری، ۶۹ درصد بر انعطاف‌پذیری شناختی، ۷۷ درصد بر رضایت‌مندی از زندگی مؤثر بوده است.

جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد، همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود، به گونه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است به طور معناداری در افزایش بر انعطاف‌پذیری

عزت اله قدم پور و همکاران: اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی...

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و

رضایت‌مندی از زندگی

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
انعطاف‌پذیری شناختی	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۲۶۳/۲۹	۱	۲۶۳/۲۹	۱۲/۱۴	۰/۰۱	۰/۳۱۸	۰/۹۱۸
	عضویت گروهی	عضویت گروهی	۷۰۶/۴۷	۱	۷۰۶/۴۷	۳۲/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۶	۱
رضایت‌مندی از زندگی	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۷۳/۲۳۳	۱	۷۳/۲۳۳	۳/۲۹	۰/۰۵	۰/۱۳۴	۰/۲۵۳
	عضویت گروهی	عضویت گروهی	۵۸۰/۵۷	۱	۵۸۰/۵۷	۷۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵	۱
رضایت‌مندی از زندگی	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۶۲/۷۶	۱	۶۲/۷۶	۲/۳۵	۰/۲۵	۰/۰۵۰	۰/۲۰۲
	عضویت گروهی	عضویت گروهی	۷۱۴/۵۷	۱	۷۱۴/۵۷	۸۹/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶	۱

## نتیجه‌گیری و بحث

در پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌شود. این یافته با یافته‌های مختلفی هماهنگ و همسو می‌باشد (رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳؛ ایزدی، ۱۳۹۳؛ مسعودی، ۱۳۹۶؛ فراهانی و حیدری، ۱۳۹۷؛ ماشیکا، ۲۰۱۰ و آماندا و لی، ۲۰۱۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌گردد.

فرایند درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نمایند و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار است، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست نظیر فشارخون، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن‌آگاهی تمرکز دارد؛ ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌نماید تا راهبردهای مقابله سازگارانه و کمتر اجتنابی را اتخاذ نمایند (زارع، ۱۳۹۶). افزایش انعطاف‌پذیری بیمار در سایه آموزش‌های ذهن‌آگاهی یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل گردید قسمت دیگر یافته این پژوهش نیز حاکی از معناداری تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت‌مندی از

شناختی می‌تواند سبب کاهش علائم گردد (فراکتوس و همکاران، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر در یک تبیین کلی می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه نظام ارتباطی می‌باشد و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌نا-پذیری شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد. یک فرد انعطاف‌ناپذیر تمایل دارد بیش‌تر در تماس با تجربیات منفی باقی بماند تا اینکه سعی کند تجربیات منفی را کنترل یا تغییر دهد و یا از آن‌ها اجتناب کند. به منظور کنترل یا حذف تجربیات ناخوشایند، اشخاص ممکن است به رفتارهایی معطوف شوند که به سلامت شناختی و هیجانی و فیزیکی‌شان آسیب رساند و حتی بدتر از این، تلاش برای کنترل تجربیات ناخوشایند می‌تواند به افزایش در شدت و فراوانی این‌گونه تجربیات ناخوشایند منجر شود و یا حتی ممکن است منجر به آسیب روانی شود. انعطاف‌پذیری شناختی نه تنها با مشکلات روانی کمتر بلکه با کیفیت زندگی بهتر و رضایت‌مندی از زندگی نیز در ارتباط است (حاتم‌خانی، ۱۳۹۰). بیماران مولتیپل اسکلروزیس به علت بی‌نتیجه بودن مراجعات متعدد به پزشک و به دنبال آن احساس ناامیدی و جدا شدن از خانواده و جامعه و رفتن به سوی درون‌گرایی، هزینه‌های دارویی و پزشکی و ... همگی موجب می‌شود تا بیمار خود را در مقابله با این مشکلات ناتوان ببیند و رضایت-مندی از زندگی نداشته باشد (ایزدی، ۱۳۹۳). در

زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود. این یافته نیز با یافته‌های مختلفی هماهنگ و همسو بود (انوری، ۱۳۹۱؛ پارسا و همکاران، ۱۳۹۷ و قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین این یافته همان‌طور که پیش‌تر هم اشاره شد، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی است، نه این‌که عملی تنها در جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام شود. در این رویکرد با استفاده از فنونی همچون استعاره‌ها تلاش می‌گردد به افراد کمک شود؛ در واقع پذیرش دو مؤلفه اصلی دارد که شامل پذیرش ارادی و پرداختن به فعالیت است. اولین مؤلفه به دامنه‌ای از ناراحتی و مشکلات اجازه می‌دهد تا تجربه شود و مؤلفه دوم به فعالیت-هایی از زندگی مربوط می‌شود که در کنار مشکل و بیماری تجربه می‌شوند. این درمان با افزایش پذیرش فرد نسبت به موارد یاد شده و ایجاد تعهد، رضایت از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین می‌توان اظهار داشت این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس وضعیت سلامتی، ادراک موضوع، شدت فرسودگی، سلامت روان و شدت درد را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را در جهت بهبود رضایت‌مندی زندگی یاری می‌رساند. این درمان به علت سازوکار نهفته در آن مانند پذیرش، تعهد، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی

مولتیپل اسکلروزیس بود، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه مردان، مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیش‌تری برآورد شود.

### سپاسگزاری

از مدیریت محترم انجمن حمایت از بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهر کرمانشاه و کلیه بیماران عزیز که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، کمال سپاس و قدردانی را داریم.

این راستا بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی متمرکز بر مدل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که در آن به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان-شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و منجر به انعطاف‌پذیری شناختی و بهبود رضایت‌مندی از زندگی می‌شود و فراتحلیل‌ها، اندازه‌های اثر بالاتر از متوسط در اثربخشی مداخلات مبتنی بر ACT در کاهش نشانه‌های مختلف پریشانی‌های شناختی را نشان داده-اند (زارع، ۱۳۹۶). از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم بررسی مردان مبتلا به بیماری

### منابع

مبتلایان به ام‌اس. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۳(۱)، ۴۱-۲۹.

براتیان، ا؛ کاظمی، آ؛ خواجه، ن؛ حقانی زمیدانی، م و داورنیا، ر. (۱۳۹۶). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان. دو ماهنامه علمی پژوهشی ارمنان دانش، ۲۲(۱۲۴)، ۶۵۰-۶۳۷.

پارسا، م؛ صباحی، پ و محمدی‌فر، م. ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله روان‌شناسی بالینی، ۱۰(۱)، ۲۸-۲۱.

انوری، م. ح. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد گروهی بر شاخص‌های درد، استرس، اضطراب، افسردگی، فاجعه‌پنداری و رضایت‌مندی از زندگی در بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

ایزدی، ر. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۱)، ۳۳-۱۹.

آقایوسفی، ع. ر؛ شقاقی، ف؛ دهستانی، م و برقی-ایرانی، ز. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان

- پناغی، ل و نجاتی، و. (۱۳۹۶). راه‌کارهای روانشناختی رویارویی با بیماری در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس: بررسی پدیدارشناسانه. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۴)، ۳۰-۷.
- عمرانی، س؛ میرزائیان، ب؛ آقاباقری، ح؛ حسن-زاده، ر و عابدینی، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۹۳)، ۶۵-۵۸.
- فاضلی، م؛ احتشام‌زاده، پ و هاشمی‌شیخ‌شبان، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده. (۱۳۹۳). *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴)، ۳۶-۲۷.
- فراهانی، م و حیدری، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری افراد مبتلا به بیماری ام‌اس. *ماهنامه رویش روانشناسی*، ۷(۶)، ۱۶۲-۱۴۹.
- قدم‌پور، ع.؛ رادمهر، پ و یوسف‌وند، ل. (۱۳۹۵). تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *دو ماهنامه علمی پژوهشی ارمغان دانش*، ۲۱(۱۱)، ۱۱۱۴-۱۱۰۰.
- حاتم‌خانی، س. (۱۳۹۰). رابطه‌ی مهارت‌های ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری روانشناختی و علائم آسیب‌شناسی روانی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس*.
- حکم‌آبادی، م.؛ بیگدلی، ا.؛ اسدی، ج و اصغری‌ابراهیم‌آباد، م. ج. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت‌سنج D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی: نقش تعدیل‌کننده حافظه کاری و حافظه آینده‌نگر. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۴)، ۱۶۱-۱۳۸.
- رجیبی، س و یزدخواستی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶(۱)، ۳۸-۲۹.
- زارع، ح. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. *دوفصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۸(۶)، ۱۳۴-۱۲۵.
- سلطانی، ا؛ شاره، ح؛ بحرینیان، س. ع و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. *مجله علمی پژوهشی پژوهنده*، ۹۲، ۹۶-۸۸.
- عبدخدایی، ز؛ شهیدی، ش؛ مظاهری، م. ع؛

عزت اله قدم پور و همکاران: اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی...

بیماران MS. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد.

یوسف‌نژادشیرازی، م و پیوسته‌گر، م. (۱۳۹۰). رابطه بین رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان دانشگاه. فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۲)، ۶۵-۵۵.

محمودی، ه. (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده و خوددلسوزی بین بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه و افراد عادی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۷(۱)، ۳۴-۲۱.

مسعودی، ل. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دلسوزانه به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودکارآمدی و رفاه روانی در

Amanda E., & Lee D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Context Behavior Sciences*; 4(1): 1-11.

Chang C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual- process model. *Personality and social psychology*; 84: 425- 438.

Currie R. (2001). Spasticity: a common symptom of multiple sclerosis, *Nursing Standard*; 15(33): 47- 52.

De nison L, Moss-Morris R, Silber E, Galea I, Chalder T. (2010). Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *Journal Psychosomatic*; (69): 353-361.

Dennis JP, & Vander Wal JS. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Journal Cognitive Therapy Reserch*; 34: 241-253.

Dickstein DP, Nelson E, McClure EB, Grimley ME, Knopf L, Brotman MA, Rich BA, Pine DS, & Leibenluft E. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Children adolescence*, 46(3): 341- 355.

McCallion EA, Zvolensky MJ. (2015). Acceptance and commitment Therapy (ACT) for smoking cessation: a synthesis. *Correct opining psychological*; 2: 47- 51.

McReynolds CJ, Koch LC, Rumrill PD. (1999). Psychological adjustment to multiple sclerosis: Implication for rehabilitation professionals, *Journal Vocat Rehabil*; 12(2): 83- 91.

Obrien LV, Berry HL, & Hogan A. (2012). The Structure of Psychological Life Satisfaction: Insights from farmers and a General Community Sample in Australia. *biomed central. Com*; 12(976): 1471- 1475.

Piko BF, & Hamvai C. (2010). Parent, School and peer Related Correlates of Adolescents Life Satisfaction. *Children and Youth Services Review*;

- 32: 1479- 1482.
- Solari A, Radice D. (2001). Health status of people with multiple sclerosis a community mail survey. *Neurological Science*; 22: 307- 15.
- Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H RN, Zinman B, Rossi SRN, Edwards L, Rossi JS, Prochaska JO. (2003). Stages of change for Healthy Eating in Diabetes Relation to demographic, eating- related, health care utilization, and psychological factors. *Diabetes care*; 26: 1468- 1474.
- Zong JG, Cao XY, Cao Y, Shi YF, Wang YN, Yan C, & et al. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health Qual Life Outcomes*; 8: 66.
- Diener E, Lucas RE, Oishi S. (2002). Subjective well- being. *Journal clinical psychology*; 24: 25- 41.
- Frisch MB. (2006). *Quality of life therapy*. New jersey, Wiley press.
- Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Journal Neurologies*; 31(1): 91-6.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research Therapy*; 44(1): 1- 25.
- Hayes SC, Strosahl KD. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York; Springer press.
- Kenner M, Menon U, Elliott DG. (2007). Multiple sclerosis as a painful disease, *International Review Neurobiology*; 79: 303- 21.
- Mahishika Karunaratne. (2010). ACT in treatment of phobias. *Complement Therapy*; 16(4): 203-207.
- Masuda A, & Tully EC. (2012). The Role of mindfulness and psychological flexibility in somatization depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence – Based Complementary & Alternative Medicine*; 17(1): 66- 71.
- McCabe MP. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation, *Journal psychoses Reserch*; 59(3): 161- 66.