

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا

لطف اله صابریان^۱، سوفیا خانقاهی^۲، محمدعلی فردین^۳

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

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول).

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا صورت پذیرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا بودند، که جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی یا انجمن ام اس مراجعه کرده اند. از بین بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بوده است. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه سازش یافتگی بل (۱۹۶۱) و پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا (۱۹۸۲) بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و استخراج داده های خام، تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار SPSS۲۶ با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار سازشی، سرسختی روانشناختی، بیماران ام اس.

مقدمه

در اواخر دسامبر سال ۲۰۱۹ میلادی انتشار یک بیماری ویروسی در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری یک نوع ویروس جدید و تغییر شکل یافته از خانواده کرونا ویروس‌ها با عنوان (۲-CoV-SARS) بود که بیماری کووید-۱۹ نام‌گذاری گردید (زو و همکاران^۱، ۲۰۲۰). بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ در سراسر جهان، در حال گسترش است و طبق آمار جهانی اعلام شده، نرخ مرگ‌ومیر ۴/۳٪ برای این بیماری ثبت شده است. در ۳۰ ژانویه سال ۲۰۱۹، سازمان بهداشت جهانی^۲ همه‌گیری کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹ را به‌عنوان فوریت بهداشت عمومی با نگرانی بین‌المللی (PHEIC) اعلام کرد (فرنوش و همکاران، ۱۳۹۹). متأسفانه این ویروس کشور عزیزمان ایران را همچون سایر کشورهای جهان آلوده کرده است و مبارزه با این ویروس به طور سراسری و همه‌جانبه در کل کشور در حال انجام است (شهید و محمدی، ۱۳۹۹). در حال حاضر مهم‌ترین روش مقابله با آن، پیشگیری و جلوگیری از انتشار است (لیو و همکاران^۳، ۲۰۲۰). در طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیش از چهارهزار بیمار مبتلا به کرونا که در یک ماه اخیر از بیمارستان ترخیص شده اند، بر اساس شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت در تهران بزرگ مطالعه شدند. در این طرح تحقیقاتی، عوارض روانی ناشی از ابتلا به کرونا سنجیده شد که نتایج آن مشخص کرد نزدیک به ۵۰ درصد از ترخیص شدگانی که به دلیل ابتلا به کرونا در بیمارستان بستری بودند، مشکلات روانی دارند (صفاری نیا و همکاران، ۱۴۰۰).

در مطالعات انجام شده مشخص شده است که افراد مسن و افراد در هر سنی با شرایط پزشکی مزمن جدی مانند بیماری‌های قلبی، دیابت، فشارخون و بیماری‌های خود ایمنی مانند مولتیپل اسکلروزیس^۴ در معرض خطر ابتلا به بیماری شدید قرار دارند (زو و همکاران، ۲۰۲۰). مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن التهابی سیستم عصبی مرکزی است که با دمیینه شدن نورون‌های عصبی همراه است و باعث آسیب به آکسون‌ها و میلین‌ها می‌شود و عملکرد حسی و حرکتی و شناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (چاله و ایچی^۵، ۲۰۱۸؛ برگیلو^۶ و همکاران، ۲۰۱۸). این آسیب توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی را در انتقال سیگنال‌ها مختل می‌کند و در نتیجه طیف وسیعی از علائم و نشانه‌ها از جمله مشکلات جسمی، روحی و گاه روانپزشکی ایجاد می‌شود (تامپسون^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). این علائم مانند اختلال در وضعیت روانشناختی، درد، سرگیجه، عملکرد جنسی، خستگی، وضعیت مالی و اشتغال می‌شود، که همه این موارد زمینه ساز کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد (بامسترک^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). این افراد باتوجه به ماهیت بیماریشان تحت درمان با داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی هستند که این امر استعداد ابتلا به بیماری‌های عفونی؛ همچون کرونا را به شدت افزایش می‌دهد (آماتو^۹ و همکاران، ۲۰۱۹).

برای اینکه فرد مبتلا به بیماری ام اس بتواند در زندگی روزمره به آرامش نسبی و به دور از هرگونه اضطراب، استرس و فشار روانی دست یابد، ابتدا باید بتواند با محیط و مسایلی که در زندگی روزمره دارد، سازش داشته باشد. بدین ترتیب می‌توان گفت پیش شرط زندگی بدون اضطراب و فشار روانی، رفتار سازشی^{۱۰} است (مفیدی طباطبایی، ۱۳۹۹). رفتار سازشی به صورت مهارت‌های سازشی مفهومی، اجتماعی، و عملی تعریف می‌شود (اسکالوک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۰).

^۱ . Zhu

^۲ . World Health Organization

^۳ . Liu

^۴ - Multiple sclerosis

^۵ - Chalah & Ayache

^۶ - Broglio

^۷ - Thompson

^۸ - Baumstarck

^۹ - Amato

^{۱۰} - Adaptive behavior

^{۱۱} - Schalock

هیووارد^۱ (۲۰۰۸) رفتار سازشی را اینگونه توصیف کرده است: درجه ای از رفتار مؤثر و سودمند که فرد را به حد استانداردهای خودکفایی و مسئولیت اجتماعی گروهی و فرهنگی سنی خود برساند. رفتار سازشی برحسب سن فرد، انتظارات فرهنگی و تقاضاهای محیطی تغییر می کند. در واقع رفتار سازشی به این معناست که افراد تا چه اندازه با انتظارات عمومی زندگی به گونهای اثربخش مقابله می کنند و تا چه اندازه به معیارهای استقلال شخصی که به مقتضای گروه سنی خاص، زمینه اجتماعی - فرهنگی و محیط اجتماعی خاص از آنان انتظار می رود دست می یابند (آقای نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). اکلند و هریسون^۲ (۲۰۰۸)، مهارت ها و رفتارهای سازشی را در قالب زیرطبقه بندی می کند: الف) فکری: شامل شامل مهارتهای ارتباط، خودفرمانی، مهارت سلامت و امنیت و عملکردهای آکادمیک، ب) عملی: شامل مهارت های اجتماعی و تفریحی، ج) اجتماعی: شامل مهارتهای مراقبت از خود، زندگی مدرسه و خانه، استفاده از اجتماع، سلامت و امنیت و مهارتهای کاری.

موس^۳ (۱۹۸۲) در فرضیه بحران عوامل مربوط به بیماری، عوامل شخصی و زمینه ساز و عوامل محیطی، اجتماعی و فیزیکی را از جمله عوامل مؤثر بر فرآیند سازگاری با بیماری بیان می کند (به نقل از حسن نژاد و همکاران، ۱۳۹۲). در حقیقت پذیرش بیماری از سوی بیماران ام اس به دلیل انتظارات آنان از تظاهرات بالینی و ترس از ناتوانی به سختی صورت می گیرد و اغلب به منظور غلبه بر احساس ترسشان راهبردهای ناسازگارانه ای به کار گرفته و به پنهان کاری و انکار می پردازند و این امر زمینه ساز بسیاری از مشکلات روانشناختی در این جمعیت بالینی شده است (پاکنهام و فلیمنگ^۴، ۲۰۱۱). میزان رفتار سازشی فرد به دو عامل بستگی دارد: نخست ویژگی های شخصی مانند بازخوردها، مهارت ها و شرایط جسمانی و دوم ماهیت هایی که با آن مواجه می شود مانند مشکلات خانوادگی، حوادث ناگهانی و طبیعی (ولی زاده، ۱۳۹۰).

مک نولی^۵ و همکاران (۲۰۰۴) اذعان داشتند که سازگاری های سایکولوژیک، روانی-اجتماعی و فیزیولوژیکی با سرسختی روانشناختی^۶ در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس همبستگی معنی داری دارد. حسن نژاد و همکاران (۱۳۹۲) نیز در پژوهشی تاکید کردند که سازگاری افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، از طریق عوامل شخصی از قبیل سرسختی روانشناختی بیشتر از عوامل محیطی از قبیل حمایت اجتماعی قابل پیش بینی است. بنابر تعریفی که توسط اسنایدر^۷ (۲۰۱۲) در مورد سرسختی ارائه شده است و همچنین مورد توافق همگان قرار دارد؛ سرسختی مجموعه و منظومه ای از ویژگی های شخصیتی است که به عنوان منبع مقاومت در برابر رویدادهای استرس زای زندگی عمل می کند. علاوه بر این افراد سرسخت سه مشخصه اساسی دارند، که مجموع آن ویژگی سرسخت بودن را منجر می شود: الف) هدفمند بودن و تعهد عمیق به مردم و فعالیت هایی که انجام می دهند و مسئولیت هایی که بر عهده می گیرند ب) احساس کنترل داشتن بر وقایع و رویدادهای پیرامون خود، و نیز ج) توانایی در نظر گرفتن تغییر و دگرگونی ها به عنوان یک چالش معمول (به نقل از دیدبان، ۱۳۹۹). در تعریف دیگر سرسختی یکی از عناصر شخصیت است که همه افراد درجاتی از آن را برخوردارند و همچون سایر ساختارها (یا صفات) شخصیتی، همواره در تغییر و تحول است و میزان و پویایی سرسختی تحت تاثیر تجارب رشدی، تفاوت های فردی، جنسی و سنی است. از این رو سرسختی روان شناختی به عنوان یک صفت شخصیتی و یک تعدیل کننده رابطه میان استرس-بیماری شناخته شده است (دای^۸ و همکاران، ۲۰۱۴).

^۱ - Heward

^۲ - Oakland & Harrison

^۳ - Moos

^۴ - Pakenham & Fleming

^۵ - McNulty

^۶ - Psychological hardiness

^۷ - Snyder

^۸ - Day

کوباسا و همکارانش (۱۹۸۲) اظهار داشتند که انعطاف پذیری روانشناختی افراد سخت رو، صرفاً از تاثیر انفرادی این مولفه ها سرچشمه نمی گیرد، بلکه ناشی از شیوه مقابله خاصی است که با ترکیب پویای این سه مولفه همخوان است. در واقع سرسختی ساختار واحدی است که از عمل یکپارچه و هماهنگ این سه مولفه مرتبط باهم سرچشمه می گیرد. به عبارتی دیگر سرسختی روانشناختی تمایزهای مولفه ای را از بین می برد و در آنها یک همگونی ایجاد می کند، به هر حال ذکر این نکته ضروری است که برخی از مطالعات اثر اصلی یا تعاملی معناداری را صرفاً برای یکی از مولفه ها در بیان اندازه گیری کلی سرسختی گزارش کرده اند. یافته های پژوهش های کوباسا نشان می دهد که سرسختی به مثابه سپری در مقابل استرس در موقعیت های گوناگون زندگی عمل می کند و بیانگر اعتقاد شخصی به توانایی خود برای مقابله با شرایط مختلف است (دیدبان، ۱۳۹۹). افرادی که در زندگی سخت رویی بالایی داشته باشند، احتمالاً از سلامت روان بالاتری نیز برخوردار هستند. در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارب استرس زایی هستیم که بهداشت روان افراد را به مخاطره انداخته و باعث بروز ناراحتی های روانی در انسان گردند (کریمی، ۱۳۹۷).

امروزه با نسل سوم درمان های روانشناختی مواجه هستیم که آنها را می توان تحت عنوان کلی مدل های مبتنی بر پذیرش نامید که به رواندرمانی های پست مدرن نیز معروف هستند؛ مانند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و درمان پذیرش و تعهد (بننت و اولیور^۱، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد، تغییر افکار و احساسات را به جای تغییر شکل محتوا یا فراوانی آنها می پذیرد. این درمان شش فرآیند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد (هیز و همکاران، ۱۳۹۶). در فرایند گسلش سعی می شود از آمیختگی شناختی جلوگیری شود، به این معنا که فرد بپذیرد خودش و افکارش از هم جدا هستند. پذیرش به معنای پذیرفتن احساس ها، هیجانات، رخدادها یا ناخوشایند، امیال و حواس است، بدون اینکه تلاش کنیم آنها را تغییر دهیم یا از آنها بگریزیم. مشاهده خود به معنی آگاهی مستمر از خود که تغییری نمی کند، حاضر و در برابر صدمه مقاوم است. از این منظر احساس ها، امیال، خاطره ها، تصویرها، نقش ها، افکار یا حتی بدن انسان چیزی متفاوت از خود اوست. تماس با لحظه حال به معنی تلاش برای بودن در زمان حال و تجربه اینجا و اکنون با پذیرش، علاقه و گشودگی و تمرکز روی آنچه که اکنون در حال انجام است (البرزی و همکاران، ۱۴۰۰). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که عدم پذیرش شرایط باعث بدتر شدن آنها می شود (هیز، ۲۰۱۹). در اصل پذیرش بهتر با عملکرد و آسیب شناسی روانی پایین تر در ارتباط است. تظاهرات قوی تر از پذیرش و نمایان شدن ارزش ها در مقابله با ام اس می تواند یک ارتباط معنی دار بین افزایش پذیرش در برابر شدت بیماری و سطوح بالاتر از تنظیم دست یابد. مطابق اصل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تکیه بر پذیرش در طول زمان به احتمال زیاد منجر به کاهش پریشانی روانی یا درد و رنج می شود. دو عامل مورد سنجش مقیاس پذیرش ام اس یعنی درگیر شدن در فعالیت و تمایل به در منعکس کننده دو جنبه از تعریف پذیرش در سازگاری با دیگر مقیاس های پذیرش اکت است (پاکنهام و فلمینگ، ۲۰۱۱).

در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها سعی می شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود (کانتر^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). پاک و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود علاوه بر تاکید اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، بیان می دارند که علاوه بر مشکلات جسمانی این جمعیت، به مسائل روانشناختی آنها نیز توجه شود و در کنار دارودرمانی، درمان های روانشناختی و از جمله رویکرد درمانی پذیرش و تعهد، مد نظر قرار گیرد. به طور کلی می توان گفت چون بیماری ام اس هم جسم و هم روان را درگیر می کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا به ام اس،

^۱ -Bennett & Oliver

^۲ - Kanter

هم مداخلات دارویی و فیزیولوژیکی، و هم مداخلات روانشناختی را مورد توجه قرار داد (چپانی، ۱۳۹۷). بنابراین باتوجه به مطالب گفته شده، اهمیت موضوع و اینکه تابحال موضوعی با این عنوان صورت نگرفته است، سوال پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد؟

روش

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا بود. پژوهش حاضر یک طرح نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بوده است. شرکت کنندگان در گروه ها پس از مراجعه به مراکز روان شناسی و روان پزشکی و دریافت تشخیص بیماری ام اس و رعایت ملاک های ورود و خروج، در گروه های درمانی قرار گرفتند. پس از گمارش شرکت کنندگان در گروه های مورد نظر، شرکت کنندگان توسط پژوهشگر بسته سنجش را تکمیل کرده و سپس روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی ۸ جلسه درمانی دریافت کردند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان می باشد که جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی و روانپزشکی یا انجمن ام اس مراجعه کرده اند. از بین بیماران مبتلا به ام اس شهر اصفهان با توجه به ملاک های ورود و خروج، تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری همدمند انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه (کنترل و آزمایش) قرار داده شدند. ملاک های ورود و خروج مطالعه عبارتند از: ملاک های ورود به پژوهش: ۱- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ۲- ابتلا به بیماری ام اس، ۳- سکونت در شهر اصفهان، ۴- غیبت کمتر از یک جلسه. ملاک های خروج از پژوهش: ۱- عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ۲- عدم ابتلا به بیماری ام اس، ۳- سکونت در شهر دیگر به غیر از اصفهان، ۴- غیبت بیشتر از یک جلسه. روش گردآوری اطلاعات در بخش تئوری ها کتابخانه ای بوده و در بخش میدانی به منظور گردآوری داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شد. پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش حاضر، عبارتند از: پرسشنامه سازش یافتگی: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط پروفیسور بل تدوین شد، وی در زمینه سازگاری دو پرسشنامه ارایه کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان و دیگری برای بزرگسالان که (فرم حاضر) از ۱۶۰ عبارت تشکیل شده است. بل در زمینه سازگاری، تلاش های گسترده ای را انجام داده و از جمله افراد سرشناسی است که در این رابطه کارهای تحقیقی زیادی را به انجام رسانده و مقالات متعددی را به تحریر در آورده است، که از جمله آنها اعتبار یابی بعضی از ابزارهای اندازه گیری است که در سال ۱۹۴۵ او به همراه همکارانش آلتوس نوشته شده است. در پژوهش یاد شده از فرم بزرگسالان استفاده شده است، این فرم پنج سطح اندازه گیری جداگانه سازگاری شخصی و اجتماعی را در بر می گیرد که عبارتند از: الف. سازگاری در خانه، ب. سازگاری تندرستی، ج. سازگاری اجتماعی، د. سازگاری عاطفی، ه. سازگاری شغلی. نمره گذاری پاسخ ها به صورت بلی، خیر، ؟ مورد استفاده قرار می گیرد. اعتبار هر یک از ۵ قسمت پرسشنامه و کل نمرات آن در جدول شماره ۱ آمده است. این ضرایب به وسیله روش همبستگی موارد فرد و زوج و استفاده از فرمول پیشگوئی اسپرمن - براون تعیین شده است، آزمودنی ها شامل زنان و مردان شاغل در محدوده سنی بین ۲۳ تا ۲۸ سال بودند. روایی پرسشنامه از دو راه بدست آمده است: نخست، عبارات هر یک از بخشهای پرسشنامه، در محدوده ای انتخاب شدند که اختلاف آنها بین پنجاه در صد و پایینی در توزیع نمرات بزرگسال مشهود باشد. بنابراین در این فرم پرسشنامه تنها مواردی آورده شده اند که تمایز صریح این دو گروه کاملاً متفاوت را نشان می دهد. دوم اینکه، پرسشنامه در نتیجه تلاشهای متخصصین مشاوره با بزرگسالان، مبنی بر انتخاب گروه هایی از افراد، به دست آمده است که در محدوده بسیار خوب و بسیار ضعیف سازگاری، سازگاری داشته اند. اعتبار یابی این پرسشنامه در ایران به وسیله دکتر علی دلاور برای جامعه جانبازان ورزشکار ایران استاندارد شده است، همچنین توسط آقا محمدیان شعر باف مورد مطالعه قرار گرفته که به نتایج مشابه سازنده تست دست یافته است. همچنین این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱) بعد از

ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ بر اساس ۸۰ سوال که تامین کننده ی تمام بخش های قابل محاسبه از قبیل سازگاری کل، سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی یا تحصیلی بود، محاسبه گردید و ضریب آلفای آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد. برای اجرا پرسشنامه هیچگونه محدودیت زمانی وجود ندارد، اما زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه معمولاً بیش از ۲۵ دقیقه است. برای بدست آوردن نمرات سازگاری با تهیه کلید مربوطه به هر معیار، شمارش علامت های هر معیار با سهولت انجام خواهد شد و پس از به دست آوردن نمرات کلیه معیارها، نمرات به دست آمده را با جدول شماره ۲ (هنجاریابی پرسشنامه سازگاری بل) مقایسه و نمره کل به دست آمده را برای سازگاری کلی مورد مقایسه قرار می گیرد. ضمناً علامت؟ پاسخنامه درج شده، نمره گذاری محسوب نمی شود. پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا: فرم کوتاه مقیاس سرسختی توسط کوباسا و همکارانش در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است. این مقیاس یک پرسشنامه ۲۰ سوالی است که همانند فرم بلند ۵۰ سوالی، شامل خرده آزمون های چالش، تعهد و کنترل می باشد. سوالات این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۴ تایی نمره گذاری می شوند که به شرح زیر است: هرگز: ۳، به ندرت: ۲، گاهی اوقات: ۱، اغلب اوقات: ۰. ابعاد پرسشنامه بر حسب سوالات عبارتند از تعهد: ۹ تا ۱۰، کنترل ۱۰ تا ۱۶ و چالش ۱۷ تا ۲۰. کوباسا (۱۹۷۹) ضریب همبستگی زیرمقیاس ها با کل پرسشنامه را برای تعهد ۰/۸۵، برای کنترل ۰/۶۵ و برای چالش ۰/۷۰ گزارش می دهد. نتایج او با چندین تحقیق انجام گرفته در مورد سازه ی سرسختی همسان می باشد (کوباسا و همکاران، ۱۹۸۲). کاروتز و همکاران (۱۹۹۳)، اعتبار درونی خرده مقیاس های این پرسشنامه را محاسبه نمودند که به این ترتیب به دست آمد: اعتبار درونی خرده مقیاس تعهد ۰/۸۵؛ خرده مقیاس کنترل ۰/۷۰ و خرده مقیاس چالش نیز ۰/۷۱. نتایج آلفای کرونباخ نیز تقریباً برای هریک از خرده آزمونها برابر با ۰/۷۰ بود. این آزمون توسط قربانی (۱۳۷۱) ترجمه و رایجی صورتی و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد ضروری اصلاحات لازم به عمل آمده است. مطالعات انجام شده نشان می دهد که مولفه های سرسختی یعنی کنترل، تعهد و چالش به ترتیب هریک از ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و ضریب پایایی کل مقیاس نیز ۰/۷۵ برآورد شدند. کمترین نمره در این پرسشنامه صفر و بیشترین نمره ۶۰ می باشد. نمره برش در این پرسشنامه ۳۰ می باشد. تجلیل آماری داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۶ برای محاسبات آماری صورت گرفت و جهت تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول ۱: شرح جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	محتوای جلسه
اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر بیان احساسات و تجارب مشابه قبلی افراد قبل از ورود به جلسه انتظارات افراد از جلسات درمانی و بیان قواعد جلسات درمان و اجرای پیش آزمون
دوم	ایجاد انگیزه در بیماران برای امتحان راهبردهای جدید و ایجاد آمادگی برای تغییر با استفاده از تکنیکهای ناامیدی خلاقانه
سوم	ارائه اطلاعاتی در مورد بیماری MS و تأثیر عوامل روانشناختی بر کنترل و عود بیماری و مفاهیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
چهارم	انجام فرایند ناهمجوشی شناختی با انجام تمرینات عملی بحث راجع به ارزشها، موانع موجود در مسیر ارزشها، اهداف و عمل
پنجم	کارکردن روی اجتناب تجربه ای بیماران. (به ویژه اجتناب از افکار و احساساتی که ارزیابی منفی از بیماری MS دارند که ممکن است با خود مراقبتی در بیماری مداخله داشته باشند)

ششم	طرح ریزی و اقدام، ذهن آگاهی و مشاهده خود و عمل متعهدانه تمایل و تعهد به اعمال، شناسایی ارزش ها، انتخاب ها و محتوای اجتناب شده بیماران، تجزیه و تحلیل راهبردهای کنترل تجربه گرایانه، تجزیه و تحلیل موانع شناتی و انگیزشی و شناختی
هفتم	شناسایی عواملی که منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی می شوند. اعمال راهبردهای درست در مقابل ابعاد تکنیکی درمان و تاکید بر تعهد بیمار جهت فعالیت های خودمراقبتی
هشتم	تعهد دادن برای ادامه پذیرش بیماری، جلوگیری از عود و عقب نشستن، جمع بندی درمان و پس آزمون

یافته ها

جدول ۲: فراوانی مربوط به تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد		کنترل
			فراوانی	درصد	
دیپلم	۸	۲۶.۷	۲	۶.۷	۳
فوق دیپلم	۸	۲۶.۷	۷	۲۳.۳	۱۴
کارشناسی	۸	۲۶.۷	۱۵	۵۰	۸
کارشناسی ارشد	۳	۱۰	۴	۱۳.۳	۴
دکتری	۳	۱۰	۲	۶.۷	۱
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰

در جدول ۲ اطلاعات مربوط به تحصیلات افراد نمونه به تفکیک برای افراد گروه های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی آورده شده است.

جدول ۳: توصیف آماری نمرات رفتار سازشی در دو مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	خانه	۱۵.۳۳	۱.۲۶۹	۱۵.۳۷	۱.۳۲۶	۱۵.۱۷	۱.۳۴۱
	بهداشتی	۱۳	۰.۹۴۷	۱۲.۵۷	۱.۴۰۶	۱۲.۶۷	۱.۲۱۳
	اجتماعی	۲۲.۹۰	۱.۱۵۵	۲۲.۴۰	۱.۲۷۶	۲۲.۲۷	۱.۴۱۳
	عاطفی	۱۸.۱۳	۱.۱۰۶	۱۷.۹۷	۱.۳۷۷	۱۸.۲۰	۱.۴۴۸
	شغلی	۱۵.۳۳	۱.۱۵۵	۱۵.۳۷	۱.۱۲۹	۱۵.۷۳	۱.۰۴۸
	رفتار سازشی	۸۴.۷۰	۲.۷۳۱	۸۳.۶۷	۲.۶۱۷	۸۴.۰۳	۳.۴۴۹
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	خانه	۱۵.۱۳	۱.۲۷۹	۲.۶۳	۰.۸۰۹	۲.۶۷	۰.۷۱۱
	بهداشتی	۱۲.۵۰	۱.۳۸۳	۲.۷۰	۰.۸۷۷	۲.۷۳	۰.۷۴۰
	اجتماعی	۲۲.۶۳	۱.۲۹۹	۶	۰.۹۸۳	۵.۹۳	۱.۰۱۵
	عاطفی	۱۷.۷۰	۱.۴۶۶	۳.۸۷	۰.۹۳۷	۴.۰۷	۰.۹۸۰
	شغلی	۱۵.۶۳	۱.۱۲۹	۲.۷۰	۰.۷۵۰	۲.۷۳	۰.۶۹۱
	رفتار سازشی	۸۳.۶۰	۲.۶۴۷	۱۷.۹۰	۲.۴۶۸	۱۸.۱۳	۲.۰۴۷

در جدول ۳ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات رفتار سازشی به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم. لازم به توضیح است که نمرات بالاتر نشان دهنده فقدان سازگاری است.

جدول ۴: توصیف آماری نمرات سرسختی روانشناختی در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	تعهد	۱۱.۲۳	۱.۸۸۸	۱۰.۹۳	۱.۶۶۰	۱۰.۶۳	۱.۳۷۷
	کنترل	۸.۹۳	۱.۶۶۰	۹.۶۳	۱.۹۷۴	۸.۱۳	۱.۲۷۹
	مبارزه جویی	۵.۳۰	۱.۵۵۷	۶.۶۳	۱.۷۷۱	۸.۴۰	۱.۹۲۳
	سرسختی روانشناختی	۲۵.۴۷	۳.۰۸۲	۲۷.۲۰	۳.۰۳۳	۲۷.۱۷	۲.۸۶۶
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	تعهد	۱۱.۲۷	۱.۹۲۹	۳۲.۸۳	۲.۱۰۲	۳۳.۴۷	۲.۲۷۰
	کنترل	۸.۵۳	۱.۳۸۳	۲۵.۲۳	۱.۶۵۴	۲۵.۷۳	۱.۹۲۹
	مبارزه جویی	۵.۲۳	۱.۲۲۳	۱۴.۶۰	۱.۰۷۰	۱۴.۰۰	۱.۳۱۳
	سرسختی روانشناختی	۲۵	۳.۳۷۳	۷۲.۶۷	۲.۸۲۰	۷۳.۲۰	۳.۱۰۱

در جدول ۴ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سرسختی روانشناختی به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد افزایش نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

فرضیه پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام

اس شهر اصفهان در دوران اپیدمی کرونا تاثیر معناداری دارد.

جدول ۵: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش‌آزمون رفتار سازشی	۰.۸۲۹	۲	۸۷	۰.۴۴۰
پس‌آزمون رفتار سازشی	۰.۸۰۹	۲	۸۷	۰.۴۴۹
پیگیری رفتار سازشی	۰.۱۳۷	۲	۸۷	۰.۸۷۲
پیش‌آزمون سرسختی روانشناختی	۱.۱۷۱	۲	۸۷	۰.۳۱۵
پس‌آزمون سرسختی روانشناختی	۰.۵۷۳	۲	۸۷	۰.۵۶۶
پیگیری سرسختی روانشناختی	۰.۴۹۶	۲	۸۷	۰.۶۱۱

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۶: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی چند متغیری برای مقایسه رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی گروه‌های کنترل و آزمایش

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۱۰۰۰۶	۴۳۰۴۸۱	۸	۳۴۴	۰۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰۰۰۰۵	۵۴۲۰۲۲۵	۸	۳۴۲	۰۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۸۴۰۲۰۱	۳۹۱۴۰۲۶۷	۸	۳۴۰	۰۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۸۴۰۱۹۰	۴۷۹۲۰۰۱۵۷	۸	۱۷۲	۰۰۰۰۱

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که تمامی آزمون‌های چندمتغیری معنی‌دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر اصلی مربوط به عامل تکرار (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همین‌طور اثر تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری) است.

جدول ۷: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی گروه‌های کنترل و آزمایش

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	رفتار سازشی	به فرض کرویت	۱۱۴۴۶۵۰۶۹	۲	۵۷۲۳۲۰۸۴۸	۸۹۳۳۰۱۸۵	۰۰۰۰۱
		گرین هوس-گیزر	۱۱۴۴۶۵۰۶۹	۱۰۹۳۲	۵۹۲۵۹۰۱۱۹	۸۹۳۳۰۱۸۵	۰۰۰۰۱
		هین-فلت	۱۱۴۴۶۵۰۶۹	۲	۵۷۲۳۲۰۸۴۸	۸۹۳۳۰۱۸۵	۰۰۰۰۱
		کران پایین	۱۱۴۴۶۵۰۶۹	۱	۱۱۴۴۶۵۰۶۹۶	۸۹۳۳۰۱۸۵	۰۰۰۰۱
	سرسختی روانشناختی	به فرض کرویت	۵۹۴۱۴۰۷۵۶	۲	۲۹۷۰۷۰۳۷۸	۳۱۵۳۰۲۴۸	۰۰۰۰۱
		گرین هوس-گیزر	۵۹۴۱۴۰۷۵۶	۱۰۷۱۷	۳۴۶۰۵۰۰۶۴	۳۱۵۳۰۲۴۸	۰۰۰۰۱
		هین-فلت	۵۹۴۱۴۰۷۵۶	۱۰۷۸۸	۳۳۲۲۱۰۳۸۰	۳۱۵۳۰۲۴۸	۰۰۰۰۱
		کران پایین	۵۹۴۱۴۰۷۵۶	۱	۵۹۴۱۴۰۷۵۶	۳۱۵۳۰۲۴۸	۰۰۰۰۱
خطا	رفتار سازشی	به فرض کرویت	۱۱۱۴۰۷۷۸	۱۷۴	۶۰۴۰۷		
		گرین هوس-گیزر	۱۱۱۴۰۷۷۸	۱۶۸۰۵۰	۶۰۳۴		
		هین-فلت	۱۱۱۴۰۷۷۸	۱۷۴	۶۰۴۰۷		
		کران پایین	۱۱۱۴۰۷۷۸	۸۷	۱۲۰۸۱۴		
	سرسختی روانشناختی	به فرض کرویت	۱۶۳۹۰۲۸۹	۱۷۴	۹۰۴۲۱		
		گرین هوس-گیزر	۱۶۳۹۰۲۸۹	۱۴۹۰۳۷۴	۱۰۰۹۷۴		
		هین-فلت	۱۶۳۹۰۲۸۹	۱۵۵۰۵۹۵	۱۰۰۵۳۶		
		کران پایین	۱۶۳۹۰۲۸۹	۸۷	۱۸۰۸۴۲		

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۷، مقادیر F مربوط به

اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای تمامی متغیرها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/01$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات رفتار سازشی و سرسختی روانشناختی گروه‌های کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی مراحل اندازه‌گیری است.

نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها در مورد این فرضیه نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب سلامت گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری کمتر از افراد گروه کنترل می‌باشد ($p < 0/05$). نتایج به دست آمده در مورد این فرضیه با نتایج پژوهش‌های مختلف به طور مستقیم و غیر مستقیم همخوانی دارد. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۱۴۰۰)، داوودی و همکاران (۱۳۹۸)، پاک و همکاران (۱۳۹۷)، پاکنهام و لندی (۲۰۲۳)، هان^۱ (۲۰۲۱)، تیچک و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد.

در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت توجه بیشتر به مسائل روانشناختی در قالب شش ضلعی انعطاف‌پذیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار آموزه‌های مختص بیماری ام‌اس می‌تواند بر اجتناب از افکار و موقعیت بیماری و پذیرش و رفتاری سازشی بهتر آن تأثیر بگذارد و بیماران را متعهد سازد تا در مسیر ارزش‌های ضروری و مورد نیاز خود حرکت نموده و پایش بهتری نسبت به نیازها و وضعیت روانی و جسمی خود داشته باشند. همچنین زیستن در زمان حال و توجه به خود به عنوان زمینه باعث می‌شود فرد ارزیابی بهتری نسبت به نیازهای واقعی روانی و جسمی خود داشته باشد و فعالیت‌های متعهدانه‌ای را در راستای ارزش‌ها و اهداف خود انجام داده و سازگاری بهتری با بیماری پیدا کند. آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در افراد مبتلا به بیماری ام‌اس موجب می‌گردد که آنان با استفاده درست از هیجانات، آگاهی از هیجانات و پذیرش آنها و ابراز هیجانات مخصوصاً مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان رفتار سازشی آنها در ابعاد مختلف سازگاری بهبود پیدا خواهد کرد و کیفیت زندگی نیز به سمت سلامت اعضای خانواده تغییر می‌کند. در حقیقت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بیشترین تمرکز را بر روانشناسی مثبت و مسئولیت‌پذیری و کمترین کاربرد را بر اختلال‌ها و ناهنجاری‌ها و کاربرد موارد منفی دارد. در اکت با تأکید بر توانایی‌های درونی افراد به آنها کمک می‌کند تا از نقاط قوت و ضعف خود آگاهی یابند و آنها را در جریان رسیدن به اهداف تحلیل نمایند و آنها را انتخاب کنند که واقعی‌تر هستند و با دنیای واقعی آنها سازگارتر است. از این طریق امکان دستیابی به اهدافی که منطقی‌تر هستند برای افراد فراهم می‌گردد و باعث افزایش نمرات رفتار سازشی در گروه آزمایش می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر اصولی است که در آن به بیمار آموزش داده می‌شود تلاش برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی آزار دهنده‌اش بی‌تأثیر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید سعی کند آنها را به طور کامل بپذیرد. همچنین در این رویکرد بر آگاهی روانی فرد در زمان حال تأکید می‌شود و فرد به حالت روانی، جسمانی، افکار و احساسات و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. سپس به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. در مرحله بعد بر تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی داستان زندگی‌اش که فرد برای خود در ذهنش ساخته است تأکید می‌شود. سپس به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی‌اش را بشناسد و به شکل عملیاتی بتواند آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند و در نهایت برای انجام عمل متعهدانه و معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی به فرد انگیزه داده شود. از سوی دیگر این شیوه درمانی از طریق رویارویی و مواجهه نیز به بیماران آموزش داده می‌شود تا مدت طولانی خودشان را با نگرانی از طریق فکر کردن درباره رویدادهای هراس‌آور مواجه کنند. مواجهه به صورت فراخوانی یک

^۱ - Han

تصویر از انتظار هراس آور و تمرکز روی این تصویر انجام می گیرد که در پژوهش های بسیاری به تاثیر بالای این روش در کاهش علائم اضطرابی و افزایش سرسختی روانشناختی اشاره شده است. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می گردد افراد مبتلا به ام اس بتوانند شرایط ایفا شده در طی جلسات درمان را بپذیرند و در نتیجه عکس العمل مثبتی در افزایش سرسختی روانشناختی از خود نشان دهند. درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت هایی که در راستای ارزش های شخصی است تاکید دارد. به نظر می رسد پذیرش، فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش بینی کارکردهای فرد در آینده می باشد. اصلترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روانشناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش های فردی علیرغم حضور رنج های بیماری به ویژه بیماری ام اس می باشد. در راستای نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می شود، موضوع پژوهش در شهرهای دیگر، بر روی افراد عادی و یا بیماری های دیگر مرتبط با روانشناختی و به روش مصاحبه نیز انجام گردد.

منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی، بایرام پور، عذرا، فاروقی، پریا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، تاب آوری و ناامیدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۳۱(۱)، ۹۷-۱۰۶.
- آقای نژاد، جان بابا، فرامرزی، سالار، کریمی، محمد. (۱۳۹۳). تأثیر یک دوره فعالیت منظم ورزشی بر بهبود رفتار سازشی دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر. رشد و یادگیری حرکتی-ورزشی. ۶(۴) ۵۱۱-۵۲۹.
- البرزی، زهرا، بنی سی، پریناز، زمردی، سعیده. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر مسئولیت پذیری و شادکامی دانشجویان علم و صنعت. فصلنامه رویکردی نو در علوم تربیتی، ۳(۱).
- پاک، راضیه، عبدی، رضا، چلیبانلو، غلامرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اجتناب تجربه ای و پذیرش بیماری در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روانشناسی معاصر. ۱۲(۱)، ۷۲-۶۳.
- چیانی، هاجر. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهبود سلامت روان و دشواری هیجان زنان خانواده اعتیاد شهر کرج پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه رودهن.
- حسن نژاد، نادر، هداوندخانی، فاطمه، احمدی، پرچهر، خانجانی، زینب. (۱۳۹۲). رابطه سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی با سازگاری: مطالعه ای بر روی بیماران مالتیپل اسکلروزیس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۱(۴)، ۴۷۴-۴۶۵.
- داوودی، مریم، شاملی، لیلا، هادیان فرد، حبیب. (۱۳۹۸). بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان خستگی مزمن و ادراک درد افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی، ۲۵(۳).
- دیدبان، مریم. (۱۳۹۹). پیش بینی فاجعه آفرینی براساس ویژگی های سخت رویی، نشانگان افت روحیه و استحکام من در بیماران مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد نجف آباد.
- شهیداد، شیما، و محمدی، محمدتقی. (۱۳۹۹). آثار روانشناختی گسترش بیماری کووید-۱۹ بر وضعیت سلامت روان افراد جامعه: مطالعه مروری. مجله طب نظامی، ۲۲(۲)، ۱۸۴-۱۹۲.
- صفاری نیا، مجید، عیسی زاده، فاطمه، حمزئی، زهرا. (۱۴۰۰). پیشبینی امید به زندگی براساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در میان بهبودیافتگان بیماری کووید-۱۹. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۸(۱).

- فروش، غلامرضا، علیشیری، غلامحسین، حسینی ذیجور، سیدرضا، درستکار، روح اله، و جلالی فراهانی، علیرضا. (۱۳۹۹). شناخت کرونا ویروس نوین-۲۰۱۹ و کووید-۱۹ بر اساس شواهد موجود. مطالعه مروری. مجله طب نظامی، ۱۱-۱، ۱-۲۲.
- کریمی، معصومه. (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سلامت روان و رضایت از زندگی با سخت رویی در دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه ارسنجان.
- مفیدی طباطبایی، نیر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سازش یافتگی اجتماعی و راهبردهای مقابله ای بیماران مولتیپل اسکلروزیس شهر تهران. فصلنامه ایده های نوین، ۵(۹).
- ولی زاده، ثریا. (۱۳۹۰). ساخت و هنجاریابی آزمون سازش یافتگی تحصیلی برای دانشجویان. فصلنامه روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۱۲(۴۶): ۱۸۷-۱۹۲.
- هیز، استیون سی، استروسال، کرک، ویلسون، کلی جی. (۱۳۹۶). مبانی نظری و راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایند و تمرین تغییر آگاهانه. ترجمه حسین زارع، مریم عابدین، مجید برادران، نشر محراب، چاپ اول.
- Amato MP, Prestipino E, Bellinvia A. (۲۰۱۹). Identifying risk factors for cognitive issues in multiple sclerosis. *Expert Review Neurotherapeutics*, ۱۹: ۳۳۳-۳۴۷.
- Baumstarck K, Boyer L, Boucekine M, Michel P, Pelletier J, Auquier P. (۲۰۱۳). Measuring the quality of life in patients with multiple sclerosis in clinical practice: a necessary challenge. *Mult Scler Int*.
- Bennett, R., & Oliver, J. E. (۲۰۱۹). *Acceptance and Commitment Therapy: ۱۰۰ Key Points and Techniques*. Routledge.
- Broglio, S. P., Kontos, A. P., Levin, H., Schneider, K., Wilde, E. A., Cantu, R. C., ... & Giza, C. (۲۰۱۸). National Institute of neurological disorders and stroke and department of defense sport-related concussion common data elements version ۱.۰ recommendations. *Journal of Neurotrauma*, ۳۵(۲۳), ۲۷۷۶-۲۷۸۳.
- Chalah, MA., Ayache, SS. (۲۰۱۸). Cognitive behavioral therapies and multiple sclerosis fatigue: A review of literature. *J Clin Neurosci*, ۵۲: ۱-۴.
- Day L, Hanson K, Maltby J, Proctor C, Wood A. (۲۰۱۴). Hope uniquely predicts objective academic achievement above intelligence, personality, and previous academic achievement. *J Res Pers*; ۴۴(۱): ۵۵۰-۳.
- Feinstein A, Pavisian B. (۲۰۱۷). Multiple sclerosis and suicide. *Mult Scler*, ۲۳(۷): ۹۲۳-۷.
- Han, A. (۲۰۲۱). Mindfulness-and acceptance-based interventions for symptom reduction in individuals with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(۱۰), ۲۰۲۲-۲۰۳۱.
- Hayes, S. C. (۲۰۱۹). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, ۱۸(۲), ۲۲۶-۲۲۷.
- Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and Commitment Therapy and Behavioral Activation for the Treatment of Depression: Description and Comparison. *The Behavior Analyst* ۲۰۰۶; ۲۹: ۱۶۱-۱۸۵.
- Liu, X., Na, RS., Bi, ZQ. (۲۰۲۰). Challenges to prevent and control the outbreak of Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-۱۹). *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*; ۴۱(۰): E۰۲۹.
- McNulty K, Livneh H, Wilson LM. (۲۰۰۴). *Perceived uncertainty, spiritual well-being, and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis*. *Rehab Psychol*, ۴۹(۲): ۹۱-۹۹.

Oakland, T. & Harrison (۲۰۰۸). "Adaptive behavior assessment system – II (ABAS-II): Clinical use and interpretation". U.S.A. New York. pp: ۸-۳۸

Pakenham, K. I., & Fleming, M. (۲۰۱۱). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & health*, ۲۶, ۱۲۹۲- ۱۳۰۹ .

Pakenham, K. I., & Landi, G. (۲۰۲۳). A Pilot Randomised Control Trial of an Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Resilience Training Program for People with Multiple Sclerosis. *Sclerosis*, 1(۱), ۲۷-۵۰.

Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., et al. (۲۰۱۰). Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Thompson, A. J., Banwell, B. L., Barkhof, F., Carroll, W. M., Coetzee, T., Comi, G., & Fujihara, K. (۲۰۱۸). Diagnosis of multiple sclerosis: ۲۰۱۷ revisions of the McDonald criteria. *The Lancet Neurology*, ۱۷(۲), ۱۶۲-۱۷۳.

Tjak JA, Davis ML, Morina N, Emmelkamp P. (۲۰۱۸). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. ۸۴(۱): ۳۰-۶.

Zhu, Z., Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhang, F., Shang, Z., et al. (۲۰۲۰). Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-۱۹ Outbreak in Wuhan, China. medRxiv.