

The Effectiveness of Spirituality-Based Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Dysfunctional Attitudes in Patients with Multiple Sclerosis

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Authors

Roya khaliloo¹,
Farah Lotfiekashani^{2*}

How to cite this article

Khaliloo R, Lotfiekashani F, The Effectiveness of Spirituality-Based Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Dysfunctional Attitudes in Patients with Multiple Sclerosis, *Journal of Quran and Medicine* 2020;5(1):93-109.

1. PhD Student, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author)

* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: Lotfi.kashani@irau.ac.ir

Article History

Received: 2020/04/05

Accepted: 2020/05/31

ePublished: 2020/06/20

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of spirituality-based acceptance and commitment therapy on depression and dysfunctional attitudes of patients with multiple sclerosis.

Materials and Methods: For this purpose, in a quasi-experimental study with pre-test, post-test and control group, 30 patients with multiple sclerosis were selected by recall and available sampling method and randomly divided into control and experimental groups. Were replaced. The intervention was performed in 8 sessions and each session lasted 60 minutes on the experimental group. Groups were evaluated for depression and dysfunctional attitudes before and after the intervention.

Findings: The results of analysis of covariance showed that acceptance and commitment treatment had a significant effect on increasing depression and dysfunctional attitudes in patients with multiple sclerosis ($P < 0.05$).

Conclusion: The results of this study support the effect of acceptance and commitment therapy in improving the level of depression and dysfunctional attitudes of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Acceptance and commitment Therapy, Depression, Dysfunctional Attitudes, Multiple Sclerosis.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر معنویت بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

رویا خانعلی لو^۱

دانشجوی دکتری، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

فرح لطفی کاشانی^{۲*}

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر معنویت بر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

مواد و روش‌ها: بدین منظور طی یک پژوهش با طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل ۳۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس از طریق فراخوان و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. مداخله در ۸ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه روی گروه آزمایش صورت گرفت. گروه‌ها قبل و بعد از انجام مداخله، از نظر افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد درمان پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر افزایش افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش از تاثیر درمان پذیرش و تعهد در ارتقای سطح افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، مالتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۱۱

*نویسنده مسئول: Lotfi.kashani@irau.ac.ir

مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس یکی از شایع‌ترین بیماری‌های نورولوژیک در انسان است و جز ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های سنین جوانی محسوب می‌گردد که افراد زیادی با آن دست و پنجه نرم می‌کنند و زنان بیش‌تر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (عابدینی و همکاران، ۲۰۱۴). در این بیماری اعصاب مغز و نخاع توسط سیستم ایمنی بدن آسیب می‌بینند که به این اختلال، بیماری خودایمنی می‌گویند که در آن‌ها سیستم ایمنی بدن که وظیفه اش حفاظت از بدن و نابود کردن آسیب‌رسان‌های خارجی (همچون باکتری‌ها) است، شروع به حمله به بافت‌های بدن می‌کند (۱). این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است به‌طوری‌که اطلس مالتیپل اسکلروزیس میزان شیوع این بیماری را در دنیا را حدود دو و نیم میلیون نفر برآورد نموده است (۲). این بیماری مزمن در حوزه روان‌پزشکی حائز اهمیت است و طیف وسیعی از جنبه‌های عصبی روان‌پزشکی را در بر می‌گیرد. علاوه بر خستگی و اختلالات خلقی، طیف وسیعی از علائم روان‌پزشکی نظیر

افسردگی، افکار ناکارآمد، سایکوز، سندرم‌های هذیان، اضطراب، اختلالات شخصیت و اختلالات شناختی نیز در مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس ظاهر می‌شود. بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس ممکن است به خاطر داشتن افسردگی و تغییرات شناختی و شخصیتی و مهارگیسختگی ناشی از آن اقدام به خودکشی کنند. همچنین علت دقیق بالا بودن افسردگی و اضطراب در این بیماران ناشناخته است. ترکیبی از فاکتورهای روانی اجتماعی، نورولوژیکی و مرتبط با بیماری احتمالاً دخیل هستند (۳).

همچنین بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی، اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد هستند (۴). افسردگی یکی از عوامل اصلی کاهش کیفیت زندگی در این بیماران است که احتمال بروز خطا در عملکرد شناختی آن‌ها را افزایش می‌دهد، افسردگی و خستگی باعث کنده‌پردازش اطلاعات و حافظه می‌گردد؛ به علاوه نیاز جدی به افتراق اختلالات اضطرابی و افسردگی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دیده می‌شود (۵). افسردگی دوره‌های نشانه‌ای را شامل می‌شود که در آنها، فرد معمولاً دستخوش خلق بشدت غمگین می‌شود. عنصر اصلی این اختلال، خلق غمگین بسیار بالاست که ملالت نامیده می‌شود (۶). علاوه بر این نگرش‌های ناکارآمد یکی از عوامل مهم و زیربنایی مؤثر در پیدایش اختلالات است. نگرش‌های ناکارآمد بخشی از فرآیندهای شناختی بوده و شامل فرضیات و باورهای کلی و منفی هستند. این باورهای کلی و منفی به موقعیت خاص اختصاص ندارند و به عنوان نگرش‌های ناکارآمد یا عقاید غیرمنطقی شناخته می‌شوند. وجود مشکلات هیجانی از جمله داشتن نگرش ناکارآمد علاوه بر تأثیر سوئی که در زندگی فعلی فرد دارند، باعث کاهش بهزیستی روانی میشوند (۷). افکار ناکارآمد در واقع جزیی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خودکار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد. این اعتقادات واسطه‌ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش بین همراه است (۸).

ازطرفی امروزه برای درمان مشکلات روان‌شناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز ابداع شده است. چون دارودرمانی مشکلات و عوارض زیادی به دنبال دارد و استفاده از روش‌های غیر دارویی که اضطراب و استرس بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را کاهش دهد، منطقی‌تر به نظر می‌رسد. در سال‌های اخیر روش‌های غیردارویی، توجه کلیه بیماران از جمله مبتلایان به مالتیپل اسکلروزیس را به خود جلب نموده است که تحت عنوان درمان‌های مکمل شناخته می‌شوند. درمان‌های مکمل، درمان‌هایی جامع‌نگر هستند که برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیماران استفاده می‌شوند (۹). درمان پذیرش و تعهد ازجمله درمان غیر دارویی که برای رفع افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بکار می‌آید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله زمینه‌گرای کارکردی مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که رنج انسان از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی او

همچنین نتایج پژوهش پژوهش کیانی، قاسمی و پورعباس با هدف هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه انجام شد. نتیجه پژوهش بیان می‌کند که درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان موثر است و موجب کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف آفتامین‌ها می‌شود (۲۰). حر، آقایی، عابدی و عطاری در پژوهش خود به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی افراد مبتلا به دیابت پرداختند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا کردند که نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی افراد مبتلا به دیابت موثر بوده است (۲۱). با توجه به موارد مطرح‌شده و مفید نبودن مداخلات دارویی صرف برای مقابله با مشکلات روانی بیماران ام‌اس، نیاز به روش‌هایی در درمان احساس می‌شود که بتوانند در کنار درمان‌های دارویی، علائم بیشتری از بیماری (مانند اضطراب، افسردگی و افکار ناکارآمد) را بهبود بخشند. در این راستا بررسی کارایی درمان پذیرش و تعهد بیماران مالتیپل اسکلروزیس در حوزه‌های روان‌شناختی ضرورتی دوچندان می‌یابد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش از نوع نیمه تجربی بود و از طریق پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک ماهه و گروه گواه انجام گرفت. در این طرح به هر دو گروه آزمایش و کنترل یک پیش‌آزمون و یک پس‌آزمون داده شد. آزمون پیگیری نیز به منظور سنجش حفظ اثر مداخله درمانی روی هر دو گروه انجام شد. پژوهشگران بمنظور تعیین حجم نمونه و معیار ورود با دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه با مراجعه به پرونده بیماران و تأیید نظر پزشک در خصوص بیماری مالتیپل اسکلروزیس، ابتدا پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه وایزمن افکار ناکارآمد به بیماران که مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس که دارای سابقه ۵ تا ۱۰ سال بیماری بودند و بین ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشتند اجرا شد. جهت تعیین حجم نمونه از بین ۲۱۰ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس دارای علائم افسردگی متوسط و شدید و افکار ناکارآمد که سن آن‌ها بین ۳۰ تا ۵۰ سال بود و تعدادشان ۱۳۵ نفر بود ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند تا به پرسشنامه‌های افسردگی بک و نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک پاسخ دهند، سپس به صورت تصادفی ۱۵ نفر از این افراد در گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند و به عنوان نمونه نهایی در پژوهش شرکت داده شدند. پرسشنامه افسردگی بک^۱ که اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران معرفی شد و بعدها در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. محتوای پرسشنامه

حاصل می‌شود که با آمیختگی شناختی و اجتناب از تجربه‌های منفی تقویت می‌شود. بدین ترتیب که افراد سعی می‌کنند از مواجهه شدن با بسیاری از هیجانات، احساسات یا افکار آزاردهنده اجتناب کنند یا آن‌ها را تغییر دهند، درحالی‌که این تلاش‌ها بی‌تأثیر بوده و منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری در فرد می‌شود که سعی داشته از آن‌ها اجتناب کند (۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این فرض را دارد که فرایندهای روان‌شناختی ذهن انسان اغلب مخرب و موجب رنج روان‌شناختی هستند. هریس در یک مطالعه موردی پیرامون درمان اکت، شش اصل بنیادین «گسلش شناختی، پذیرش، تماس با لحظه اکنون، خود مشاهده‌گر، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه» را معرفی کرد که مولد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و وی را به سمت زندگی غنی و پرمعنا سوق می‌دهد (۱۱). پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخص است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد (۱۲). همچنین پژوهش‌های متعددی دال بر وجود رابطه بین پذیرش و تعهد و بهزیستی روان‌شناختی و اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات روان‌شناختی موجود می‌باشند که از آن جمله می‌توان به اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت علائم افسردگی، کاهش کلی علائم اضطراب و افزایش تاب‌آوری و سطح امید به زندگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس اشاره نمود.

پیتون و همکاران در پژوهشی نشان داد افسردگی و خستگی علائم شایع بیماران است و از عوامل اصلی اختلال در کیفیت زندگی در این بیماری‌ام‌اس می‌باشد (۱۳). لی و همکاران اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، استرس و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند (۱۴). لی ژیلانگ و همکاران در پژوهشی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را برای بیماران روانی در بیماران سرطانی نشان دادند (۱۵). همچنین نتایج پژوهش دوکاسی و همکاران نشان داد، از طریق اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش ایده خودکشی و بهبود ابعاد بالینی مرتبط با خطر خودکشی در بیماران که از اختلال رفتار خودکشی رنج می‌برند، درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک استراتژی کمکی در برنامه‌های پیشگیری از خودکشی توسعه یابد (۱۶). علاوه بر این گریف فیتس و همکاران نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد افسردگی و افکار ناکارآمد را در بزرگسالانی که بدریخت‌انگاری و رضایت از تصویر بدن ندارند را کاهش می‌دهد (۱۷). توهی، کراسی و اینو پژوهشی با هدف اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطرابی نخاعی انجام دادند و تحلیل داده‌ها بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موثر واقع شده است (۱۸). تیسدالی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که دو بعد ذهن‌آگاهی و پذیرش با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (۱۹).

¹ Beck Depression Inventory

تر از نسخه ۴۰ سوالی است و نسبت به آلفای به دست آمده برای نسخه های کوتاه کاپیانی و همکاران (۱۳۸۴) که برابر با ۰/۷۵، به دست آورند، مطلوب تر است. با توجه به نقش مقیاس نگرش های ناکارآمد در پیش بینی آسیب پذیری شناختی و اختلالات خلقی و اضطرابی، روایی ملاکی هم زمان **DAS-26** از طریق همبستگی آن با نمرات کل و خرده مقیاس های **GHQ-28** و تشخیص بیماران توسط روان پزشک تعیین شد. همبستگی بین **DAS-26** و ملاک های پیش بینی در سطح ۰/۹۹ اطمینان معنی دار است. این نتایج از یافته های چیکوتا و استیلز (۲۰۰۶) مبنی بر همبستگی نمرات **DAS** با **BDI-II** ($r=0/47$) و با **ATQ** که $r=0/47$ به دست آمد، و هم چنین از یافته های الیور و همکاران (۲۰۰۷) مبنی بر همبستگی نمرات **DAS** با مصاحبه ساختار یافته ($r=0/41$) و با پرسشنامه سبک شناختی ($r=0/51$) و با **BDI** ($r=0/39$) و به علاوه از توانایی **DAS** در پیش بینی شانس بروز اختلالات خلقی و اضطرابی ($OR=12/02$) حمایت می کند. بنابراین یافته های مذکور **DAS-26** را برای جمعیت بالینی ایران نسخه معتبر معرفی می نماید.

مداخله درمانی تعهد و پذیرش به صورت جلسات ۶۰ دقیقه ای و به مدت دو ماه برای گروه مداخله برگزار شد و گروه گواه (کنترل)، مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و بعد از ۲ ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از ۱ پیش جلسه، ۸ جلسه درمانی و یک جلسه پیگیری تشکیل شد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، نسخه ی بسط یافته از طرح درمان پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۲۰۱۳) می باشد که از لحاظ علمی و عملی، توسط مشاورین علمی مورد تأیید قرار گرفته است این محتوا به صورت جلسات درمانی سازمان یافته اجرا شد. لازم به ذکر است که در طول دوره اجرای درمان، آزمودنی های گروه گواه و مداخله هیچگونه درمانی را دریافت نکردند. همچنین به دلیل ملاحظات اخلاقی برای گروه گواه، جلسات به صورت مشاوره حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز تحت طرح درمانی پذیرش و تعهد قرار گرفتند.

افسردگی بک، به طور جامع شامل نشانه شناسی افسردگی است اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. مواردی که پرسش های این آزمون را شامل می شوند عبارتند از غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، احساس تنبیه شدن، بیزاری از خود، مفصل دیدن خود، آرزوی خودکشی، گریه، تحریک پذیری، کناره گیری اجتماعی، تردید، کندهی در انجام کار، اختلال خواب، خستگی پذیری، بی اشتها و کاهش وزن. این آزمون در مجموع از ۲۱ سوال تشکیل شده است و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود تا شدت نشانه ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای از صفر تا ۳ درجه بندی کند. همچنین، آزمون دارای چهار نمره برش است. نمره کمتر از ۱۰ نشانه فقدان افسردگی یا کمترین حد افسردگی است. از ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، از ۱۹ تا ۲۹ حاکی از افسردگی متوسط تا شدید و از ۳۰-۶۳ نشانه افسردگی شدید است (مارنات، ترجمه پاشاشریفی و نیکخو، ۱۳۹۶). این ابزار در پژوهش فوق برای مادران کودکان مبتلا به وسواس فکری - عملی به کار رفت. بررسی پایایی این آزمون نشان دهنده ی همسانی بالای آن است، به این ترتیب که نمره های هر سوال با نمره کل به دست آمده همبستگی بالایی دارد و همواره درجه بالایی از پایایی برای دو نیمه آزمون به دست آمده است. پایایی بازآمایی این آزمون به طور مستقیم مورد بررسی قرار گرفته و دامنه همبستگی های باز آمایی در فواصل چند ساعت تا چهارماه برای آزمون بک از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. بررسی های مستقل روایی یابی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی را بین نمره های پرسشنامه افسردگی بک و سایر مقیاس های افسردگی نشان داده اند (پاول ولیندزی، ترجمه نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۹۵). به منظور بررسی پایایی بازآمایی، این آزمون بر روی ۴۰ آزمودنی در فاصله بین دو هفته اجرا شد و ضریب پایایی ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش های ناکارآمد وایزمن و بک (**DAS-26**)^۱ که شامل نظرات و عقاید مختلفی است که مردم گاهی بیان می کنند. این مقیاس توسط وایزمن و بک (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس موقفیت - کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد می باشد. در این مقیاس پاسخ دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت روی یک مقیاس ۷ نقطه ای لیکرت مشخص می کند. امتیازات خود را از ۲۶ عبارت فوق با یکدیگر جمع نماید. حداقل امتیاز ممکن ۲۶ و حداکثر ۱۸۲ خواهد بود. نمره بین ۲۶ تا ۵۲ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد پایین است. نمره بین ۵۲ تا ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۳۰ بیانگر میزان نگرش های ناکارآمد در فرد در حد بالا می باشد. همچنین همسانی درونی سوال های نسخه ۲۶ سوالی **DAS-26** از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بدست آمد که بسیار مطلوب و قوی

¹ Wiseman and Beck Ineffective Attitudes Questionnaire (DAS-26)

جلسات	محتوا
پیش جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش نامه ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش نامه جمعی شناختی و اجرای پیش آزمون.
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ معرفی درمان تعهد و پذیرش، اهداف و محورهای اصلی آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطاعات درباره ماتریل اسکالروزیس و انواع آن؛ مرور درمان های مربوطه، هزینه ها و فواید آن ها
جلسه دوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان تعهد و پذیرش؛ ایجاد درماندگی خلاق؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
جلسه سوم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آن ها؛ توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان و استعاره ها؛ تضعیف اتاف خود با افکار و عواطف؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود؛ در این تمرینات، شرکت کنندگان می آموزند بر فعالیت های خود (نظیر تنفس، پیاده روی و ...) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس ها و شناخت ها پردازش می شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ شناسایی ارزش های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش ها و توجه به قدرت انتخاب آن ها؛ استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه؛ بررسی تمرین جلسه بعد و ارائه تکلیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش ها توضیح داده شد؛ موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش ها بحث شد؛ اعضا مهم ترین ارزش هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند. اهداف مرتبط با ارزش ها و ویژگی های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع گرایانه و همسو با ارزش های شخصی) برای گروه بحث شد. سپس اعضا سه مورد از مهم ترین ارزش هایشان را مشخص و اهدافی که مایل بودند در راستای هر یک از آن ارزش ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها / رفتارهایی که قصد داشتند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)؛ شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن ها؛ درباره مفهوم عود و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان شد؛ مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از بیماران برای شرکت در گروه تشکر و پس آزمون اجرا شد

جدول ۱ : خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

یافته ها

در جداول زیر خلاصه آمار توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته تحقیق به تفکیک برای گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون نشان داده شده است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس، مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و برابری واریانس های خطا مورد بررسی و تایید قرار گرفت. نتایج و داده های حاصل با استفاده از بیست و چهارمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات افکار ناکارآمد آزمودنی های پژوهش

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پذیرش و تعهد	۱۵	۱۴۲/۶۶	۱۵	۷۴/۱۳	۱۵	۸۵/۱۳
کنترل	۱۵	۱۳۸/۹۳	۱۵	۱۳۸/۷۸	۱۵	۱۳۹/۳۱

نتایج جدول ۲ نشان می دهد میانگین افکار ناکارآمد در گروه پذیرش و تعهد در پیش آزمون ۱۴۲/۶۶، در پس آزمون ۷۴/۱۳ و در مرحله پیگیری ۸۵/۱۳ بود. در گروه کنترل میانگین افکار ناکارآمد در مرحله پیش آزمون ۱۳۸/۹۳، در پس آزمون ۱۳۸/۷۸ و در مرحله پیگیری ۱۳۹/۳۱ می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده درمان پذیرش و تعهد بر کاهش تاثیر داشته است.

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات افسردگی آزمودنی های پژوهش

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
پذیرش و تعهد	۱۵	۴۸/۲۷	۱۵	۲۵/۴۰	۱۵	۲۴/۲۵
کنترل	۱۵	۳۹/۹۳	۱۵	۳۹/۷۳	۱۵	۴۰/۷۶

نتایج جدول ۳ نشان می دهد میانگین افسردگی در گروه پذیرش و تعهد در پیش آزمون ۴۸/۲۷، در پس آزمون ۲۵/۴۰ و در مرحله پیگیری ۲۴/۲۵ بود. در گروه کنترل میانگین افسردگی در مرحله پیش آزمون ۳۹/۹۳، در پس آزمون ۳۹/۷۳ و در مرحله پیگیری ۴۰/۷۶ می باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرها

متغیرها	پذیرش و تعهد		کنترل	
	تعداد	آماره	تعداد	معنی داری
افسردگی	پیش آزمون	۱۵	۰/۷۸	۰/۲۰
	پس آزمون	۱۵	۰/۱۳۱	۰/۲۰
	پیگیری	۱۵	۰/۱۴۵	۰/۳۷۹
افکار ناکارآمد	پیش آزمون	۱۵	۰/۲۱۳	۰/۰۵۳
	پس آزمون	۱۵	۰/۲۱۸	۰/۰۷۱
	پیگیری	۱۵	۰/۱۰۳	۰/۰۸۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای افسردگی و افکار ناکارآمد در سه نوبت پیش و پس آزمون و پیگیری و در دو گروه تایید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمام متغیرهای وابسته تایید گردید. یعنی مقادیرهای P در آزمون کولموگروف و اسمیرنوف از ۰/۰۵ بزرگ تر است. با توجه به نتایج توزیع داده ها نرمال است و مفروضه ی دوم تحلیل کواریانس رعایت شده است. در بررسی همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون افسردگی مشخص شد که به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس یکطرفه گرفته می شود. با توجه به آماره $F(۰/۵۳)$ و سطح معناداری (۰/۰۶)، در سطح ۰/۰۵، شواهد کافی برای رد فرض صفر آزمون (وجود اثر متقابل) به دست نیامد (۰/۰۶) بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس می پذیریم که اثرها همگن است. بنابراین می توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. همچنین در بررسی همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون نگرش های ناکارآمد هم مشخص شد که به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس یکطرفه قابل استفاده است. با توجه به آماره $F(۸۷/۴۴)$ و سطح معناداری (۰/۸۶)، در سطح ۰/۰۵، شواهد کافی برای رد فرض صفر آزمون (وجود اثر متقابل) به دست نیامد (۰/۸۶) بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس می پذیریم که اثر

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای افسردگی و افکار ناکارآمد در سه نوبت پیش و پس آزمون و پیگیری و در دو گروه تایید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمام متغیرهای وابسته تایید گردید. یعنی مقادیرهای P در آزمون کولموگروف و اسمیرنوف از ۰/۰۵ بزرگ تر است. با توجه به نتایج توزیع داده ها نرمال است و مفروضه ی دوم تحلیل کواریانس رعایت شده است. در بررسی همگنی شیب های رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون افسردگی مشخص شد که به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس یکطرفه گرفته می شود. با توجه به آماره $F(۰/۵۳)$ و سطح معناداری (۰/۰۶)، در سطح ۰/۰۵، شواهد کافی برای رد فرض صفر آزمون (وجود اثر متقابل) به دست نیامد (۰/۰۶) بزرگتر از ۰/۰۵ است، پس می پذیریم که اثر

باشد. آزمون لوین جهت تساوی خطای واریانس‌ها نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس هم نشان دهنده بررسی مفروضه برابری خطای واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به مقدار $F(0/31)$ و اینکه سطح معناداری $(0/58)$ بالاتر از $0/05$ می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت خطای واریانس پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می‌باشد.

مقابل وجود ندارد و شیب آن‌ها همگن است. بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد. علاوه بر این آزمون لوین جهت تساوی خطای واریانس‌ها در متغیر میزان افسردگی بیماران نشان دهنده بررسی مفروضه برابری خطای واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به مقدار $F(2/37)$ و اینکه سطح معناداری $(0/13)$ بالاتر از $0/05$ می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت خطای واریانس پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش برابر می‌-

جدول ۵: تحلیل کواریانس یکطرفه مربوط به متغیر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۱۳/۸۵	۱	۱۳/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۳۷	۱
پیش‌آزمون	۱۹/۰۷	۱	۱۹/۰۷	۰/۶۵	۰/۰۴	۰/۴۲	۰/۸۱
خطا	۷۸۳/۵۹	۲۷	۲۹/۰۲				۱
کل	۴۲۵۱	۳۰					۰/۷۳

حاکمی از آن است که حدود ۳۷/۵ درصد از تغییرات به وجود آمده در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مربوط به درمان پذیرش و تعهد می‌باشد.

در جدول ۵ سطح $0/05$ فرض صفر آزمون مبنی بر اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تایید می‌شود. مقدار مجذور اتا $(0/37)$ نیز

جدول ۶: تحلیل کواریانس یکطرفه مربوط به نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	۲۱۶۳/۹۸	۱	۲۱۶۳/۹۸	۱۱۵/۹۴	۰/۰۰	۰/۸۱	۱
پیش‌آزمون	۷۳/۲۸	۱	۷۳/۲۸	۳/۹۲	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۸۹
خطا	۵۰۳/۹۱	۲۷	۱۸/۶۶				۱
کل	۶۹۰۶۶	۳۰					۰/۷۸

به وجود آمده در کاهش میزان نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس مربوط به درمان پذیرش و تعهد می‌باشد.

در جدول ۶ سطح $0/05$ فرض صفر آزمون مبنی بر اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش میزان نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس تایید می‌شود. مقدار مجذور اتا $(0/81)$ نیز حاکمی از آن است که حدود ۸۱ درصد از تغییرات

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افسردگی و افکار ناکارآمد شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به صورت معنی‌داری کاهش یافته و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد مشخص شد. در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزاردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار و آزاردهندگی بیشتر آنها می‌شود. در این رویکرد به فرد

کمک می‌شود تا به جای زندگی در گذشته و آینده، تمرکز خود را متوجه زمان حال سازد و بتواند ارزش‌های خود را شناسایی کند و حتی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده، مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل کند. در واقع فرد یاد می‌گیرد به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی آنها را بپذیرد و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد بدین ترتیب عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی بهبود می‌یابد. افراد تحت درمان با این رویکرد می‌آموزند که به جای غرق شدن در زندگی از دست رفته خود و سختی‌ها و دشواری‌هایی که ممکن است در آینده با آن مواجه شوند، اهداف منطبق بر ارزش‌های خود را شناسایی کنند و

نگرش‌های ناکارآمد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس محسوب می‌گردد و می‌تواند به عنوان یکی از راه‌های پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس به کار گرفته شود. با این حال پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی شامل این پژوهش از نوع مقطعی بود و داده‌ها در یک مقطع زمانی خاص بدست آمد. در این پژوهش، برای سنجش متغیرها روش خود سنجی بکار گرفته شد و از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌های مورد نظر استفاده گردید و استفاده از یک روش سنجش، می‌تواند یکی از محدودیت‌های این پژوهش باشد. در نهایت پیشنهاد می‌گردد پژوهش در زمینه اثربخشی آموزش‌های شناختی، هیجانی و فرهنگی به عنوان شیوه‌ای پیشگیرانه در جهت کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد استفاده شود. با توجه به اهمیت درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و افکار ناکارآمد، بکارگیری نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در کارگاه‌های آموزشی به عنوان عاملی موثر مورد استفاده قرار گیرند.

References

1. Strober, L. B., & Arnett, P. A. (2005). An examination of four models predicting fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(5), 631-646.
2. Joffe, R. T. (2005). Depression and multiple sclerosis: a potential way to understand the biology of major depressive illness. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(1), 9.
3. Sadeghi, Mandana. (2004). Depression and Multiple Sclerosis: A Potential Way to Understand the Biology of Major Depressive Disorder. *Cognitive Science News*. 6 (3 and 4), 108 - 108.
4. Etemadifar, Massoud and Ashtari, Fereshteh (2002). *Diagnosis and treatment of multiple sclerosis*. Tehran: Chahar Bagh.
5. Zamani Narjes, Rahmati, Abbas and Fazilatpour, Massoud. (2013). The effect of fear management training on cognitive-behavioral skills on anxiety, depression and cognitive impairment in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 4 (20), 43 - 50.
6. Halgin, Richard P., Susan Cross, Whitburn. (2013). *Psychopathology Volume 2*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2015. Tehran: Psychiatry.

حتی با وجود افکار و احساسات فرساینده‌ای که موجب افسردگی فرد و کاهش کیفیت زندگی او می‌شوند، متعهدانه به اهداف خود پایبند باشند تا بتوانند بهتر و کارآمدتر زندگی و شرایط خود را مدیریت کنند و در کنار آرامش روانی و جسمانی و روابط اجتماعی بهتر از زندگی سالمتر و شاداب‌تری برخوردار شوند. نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق حر و همکاران و رستمی، رحیمی و کاظمی هماهنگی دارد. همچنین در مورد اثرات درمانی پذیرش و تعهد بر افکار ناکارآمد و افسردگی می‌توان به قابل اجرا بودن و پذیرفته شدن مداخله برای مقابله با مشکلات ناشی از بیماری این افراد اشاره کرد. در پژوهش‌های تونینگ و ویتال، پیترسون و ایفرت، کانتر و همکاران، رویز، روبین و همکاران، نعیمی و مظاهری، علوی زاده و شاکریان و عزیزی و قاسمی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، افکار ناکارآمد و درد مزمن اثربخش گزارش شده و همسو با این پژوهش است. یافته‌های مطالعه حاضر مؤید اثر مثبت مداخله‌های روانشناختی پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و افسردگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بود.

باتوجه به بحث انجام شده باید گفت روش پذیرش و تعهد مداخلات مبتنی بر پذیرش قصد دارد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس افکار خود را به جای تغییر و کاهش نشانه بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز کنند. هدف پذیرش آن است که فرد تمام تجارب درونی ارائه‌شونده یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را بدون نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. روش پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلس شناختی به دنبال آن است که به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کمک کنند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیای مستقیماً تجربه‌شونده بیابند. این شیوه، نوع دیگری از خود را به نام خود به عنوان زمینه (یا حس متعالی از خود) معرفی می‌کند. منظور از این اصطلاح، معنا و حسی از خود به‌صورت زمینه‌ای است که در آن رویدادهای درونی مثل افکار، احساسات، خاطرات و حس‌های بدنی رخ می‌دهند. درمان پذیرش و تعهد مشاهده و توصیف را بدون قضاوت تجارب در زمان حال تشویق می‌کند و این تجربه‌ها به بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس کمک می‌کنند تا تغییرات دنیا را به‌طور واقعی تجربه کنند، نه آن گونه که ذهن آنها را می‌سازد. در واقع هر فرد ارزش‌ها حوزه‌هایی مهم از زندگی هستند و به‌منظور آشکارسازی برای بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، تمرینات خاصی به کار می‌رود. بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌توانند ارزش‌ها، اهداف و رفتارهای خاص مربوط به آنها را تعریف کنند و موانع احتمالی ایجادشونده در راه رسیدن به آن اهداف و حرکت نیز شناسایی کنند. بنابراین، درمان پذیرش و تعهد شیوه‌ها را متعادل می‌کند و در حوزه‌های تغییرکننده (مثل رفتار آشکار) بر تغییرات و در حوزه‌های ثابت، بر پذیرش و ذهن‌آگاهی متمرکز است.

باتوجه به بحث و نتایج به دست آمده از پژوهش‌های انجام شده و آنچه از این پژوهش حاصل شد این است که درمان پذیرش و تعهد به عنوان یک مکانیسم تاثیرگذار بر بهبود علائم افسردگی و

cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Clinical Practice*, 75(6), e13982.

15. Li, H., Wu, J., Ni, Q., Zhang, J., Wang, Y., & He, G. (2021). Systematic review and meta-analysis of effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients with breast cancer. *Nursing Research*, 70(4), E152-E160.

16. Ducasse, D., Jaussent, I., Arpon-Brand, V., Vienot, M., Laglaoui, C., Béziat, S., ... & Olié, E. (2018). Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 87(4), 211-222.

17. Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary psychotherapy*, 48(4), 189-204.

18. Twohig, M. P., & whittal, M. L. (2008). "An Evaluation of Mechanisms of Action in ACT, CT, and RFT Forced". Paper presented at the Annual Conference of the Association for Behavior Analysis, May 04-07, Chicago, IL.

19. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.

20. Kiani, Ahmad Reza, Ghasemi Nuredin, Pourabbas Ali. (2013). The Comparison of the Efficacy of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy, and Mindfulness on Craving and Cognitive Emotion Regulation in Methamphetamine Addicts. *etiadjpajohi*. 6 (24), 27-36.

7. Jabbari, Mahsa, Shahidi, Shahriyar, Mootabi, Fereshteh. (2014). Effectiveness of Group Intervention Based on Positive Therapy on Dysfunctional Attitudes and Happiness in Adolescent Girls. *Journal of Clinical Psychology*. 6 (2), 65 –74.

8. Scharf, Richard. (1990). *Theories of psychotherapy and counseling*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi, 2019. Tehran: Rasa.

9. Thomas, S., Thomas, P. W., Nock, A., Slingsby, V., Galvin, K., Baker, R., ... & Hillier, C. (2010). Development and preliminary evaluation of a cognitive behavioural approach to fatigue management in people with multiple sclerosis. *Patient education and counseling*, 78(2), 240-249.

10. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

11. Harris, R. (2014). *Theoretical Basis Treatment Based on Commitment and Admission in Simple Language (Part II)*. [A Feizi, Persian trans.]. Tehran: The Psychological Services and Life Advice Center website.

12. Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180-198.

13. Pittion-Vouyovitch, S., Debouverie, M., Guillemin, F., Vandenberghe, N., Anxionnat, R., & Vespignani, H. (2006). Fatigue in multiple sclerosis is related to disability, depression and quality of life. *Journal of the neurological sciences*, 243(1-2), 39-45.

14. Li, Z., Li, Y., Guo, L., Li, M., & Yang, K. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in

21. Hor, Maryam, Aghaei, Asghar; Abedi, Ahmad and Attari, Abbas. (2013). The effect of acceptance and commitment therapy based on depression in patients with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Sciences Research*, 11 (2): 128-121.