

Comparison of the Effectiveness of Acceptance-Based Therapy and Reality Therapy on Reducing Anxiety Sensitivity in Women with MS in Urmia

Leyla Sepas 

Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Psychological Researchers Center, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Ali Shaker Dioulag *

Assistant Professor, Department of Psychology, Psychological Researchers Center, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Ali Khademi 

Associate Professor, Department of Psychology, Psychological Researchers Center, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Abstract

In addition to the destructive effects of MS, there are emotional and psychological problems. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance, commitment and reality therapy based on reducing anxiety sensitivity in women with MS in Urmia. The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study included women with MS referred to the MS Association of Urmia in ۱۳۹۸, Among them, a sample of ۴۵ people were selected as volunteers and randomly assigned to the groups. Then a pre-test was held, but due to the drop, ۱ person in the two experimental groups, the study was performed based on ۴۳ people. For the first experimental group, the intervention based on acceptance and commitment was performed, and for the second experimental group, reality therapy was performed, while the control group did not receive any training. The research instruments included Reese

* Corresponding Author: alishaker۲۰۰۰@gmail.com


How to Cite: Sepas, L., Shaker Dioulag, A., Khademi, A. (۲۰۲۲). Comparison of the Effectiveness of Acceptance-Based Therapy and Reality Therapy on Reducing Anxiety Sensitivity in Women with MS in Urmia, *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, ۱۳(۵۱), ۸۵-۱۱۳.

and Peterson Anxiety Sensitivity Scale (۱۹۸۵). Both treatments showed an effect on reducing anxiety sensitivity in patients with multiple sclerosis (MS), and the most effective intervention acceptance and commitment ($p < .05$) had an effect on reducing anxiety sensitivity. The findings of this study provide useful information about reality therapy and treatment based on acceptance and commitment to reducing anxiety sensitivity. Clinical counselors and psychologists can use both therapeutic interventions to reduce anxiety sensitivity in patients with MS.


Keywords: Multiple Sclerosis, Acceptance and Commitment Therapy, Reality Therapy, Anxiety Sensitivity. Women with MS

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به MS در شهر ارومیه


دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقاتی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه: ایران.

یللا سپاس 

استادیار، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقاتی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه: ایران.

علی شاکردولق* 

دانشیار، گروه روان‌شناسی، مرکز تحقیقاتی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه: ایران.

علی خادمی 

چکیده

بیماری MS علاوه بر اثرات مخرب جسمانی، مشکلات هیجانی و روان‌شناختی نیز به دنبال دارد. هدف از این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به MS در شهر ارومیه بود. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به MS مراجعه‌کننده به انجمن MS شهر ارومیه در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها یک نمونه ۴۵ نفری به صورت داوطلب انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون برگزار شد که البته به علت ریزش، ۱ نفر در دو گروه آزمایش، پژوهش بر اساس ۴۳ نفر انجام شد. در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی اول، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد و برای گروه آزمایشی دوم واقعیت درمانی اجرا شد، درحالی‌که گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و پترسون، (۱۹۸۵)، بود. روش تحلیل داده‌ها آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود نتایج تحلیل نشان داد هر دو درمان بر کاهش حساسیت اضطرابی، بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز (MS) اثر داشته‌اند و بیشترین تأثیر را مداخله پذیرش و تعهد ($p < 0/05$) بر کاهش

حساسیت اضطرابی داشته است. یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش حساسیت اضطرابی فراهم می‌کند، مشاوران و روانشناسان بالینی می‌توانند برای کاهش حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به M.S از هر دو مداخله درمانی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروز، واقعیت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد، حساسیت اضطرابی. زنان مبتلا به ام‌اس.

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (M.S) یک بیماری شایع و مزمن است که شامل ترکیبی از علائم عصبی، شناختی و روانی است که می‌تواند به روشی غیرقابل پیش‌بینی عود کند، بهبود یابد یا پیشرفت کند (دورستین، روبرترز، مورفی و هاب^۱، ۲۰۱۹). این بیماری معمولاً در اوایل بزرگسالی با علائمی همچون اختلال بینایی و حسی، ضعف اندام، مشکلات راه رفتن، تغییرات خلقی و شناختی، مشکلات مثانه و روده تظاهر پیدا می‌کند و منجر به یک ناتوانی طولانی مدت در افراد مبتلا می‌شود (وان در فین؛ هین؛ هیرسماو هیونتیک^۲، ۲۰۲۰). علت اصلی بیماری M.S هنوز مشخص نیست اما برخی از ژن‌ها به همراه عوامل محیطی مانند قرار گرفتن در معرض اشعه ماوراءبنفش، عفونت و ویروس اپستین بار^۳، چاقی و استعمال دخانیات احتمال ابتلا به M.S را افزایش می‌دهد (دوبسون و جیوانونی^۴، ۲۰۱۹). تخمین زده می‌شود حدود ۲/۵ میلیون نفر، در سراسر جهان به بیماری ام اس مبتلا باشند (پارامونوا؛ ترپینا؛ کالینا؛ سجاکستر^۵، ۲۰۲۰) و زنان حداقل سه برابر بیشتر از مردان ممکن است به این بیماری مبتلا بشوند (پک پور؛ دیسانتو؛ آلمن؛ تورمر واسچیمیرر^۶، ۲۰۱۵). در ایران نیز شیوع این بیماری در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر صد هزار نفر می‌باشد (پیامنی و میری، ۱۳۹۰).

علاوه بر علائم جسمانی و فیزیکی بی‌شماری که در نتیجه‌ی ابتلا به بیماری M.S ظاهر می‌شود، مشکلات هیجانی و روان‌شناختی که بیماران مبتلا به M.S تجربه می‌کنند منجر به کاهش توانایی سازگاری این افراد شده و مشکلات زندگی را برای آن‌ها چند برابر می‌کند (دورینگ؛ پفولر؛ پل و دور^۷، ۲۰۱۲). یکی از مشکلات روان‌شناختی مرتبط با هیجان و

۱. Dorstyn, D. S. Roberts, R. M. Murphy, G. & Haub, R.

۲. van der Feen, F. E. de Haan, G. A. van der Lijn, I. Heersema, D. J. Meilof, J. F. & Heutink, J.

۳. Epstein-Barr virus (EBV) infection

۴. Dobson, R. & Giovannoni, G.

۵. Paramonova, N. Trapina, I. Dokane, K. Kalnina, J. Sjakste, T. & Sjakste, N.

۶. Pakpoor, J. Disanto, G. Altmann, D. R. Pavitt, S. Turner, B. P. Marta, M. ... & Schmierer, K.

۷. Döring, A. Pfueller, C. F. Paul, F. & Dörr, J.

عاطفه در افراد مبتلا به M.S حساسیت اضطرابی^۱ است (سلیمانی، حبیبی و تاج‌الدینی، ۱۳۹۵). حساسیت اضطرابی یک عامل خطر روان‌شناختی است که در مطالعات بالینی و همه‌گیرشناسی اختلالات اضطرابی بسیار مورد توجه قرار گرفته است (هون کمپ؛ هرملینک^۲ و شر؛ باتلان؛ پنیفکس؛ جرنیموس؛ اسچوورز؛ ریس، ۲۰۱۹). حساسیت اضطرابی را می‌توان به‌عنوان ترس شدید از احساسات بدنی مربوط به برانگیختگی (مانند تپش قلب، تعریق یا لرزش) دانست که ناشی از باورهای ناکارآمد در مورد معنی و پیامدهای احساسات است (تیلور؛^۳ ۲۰۲۰). افراد با حساسیت اضطرابی بالا دارای ارزیابی منفی و ترس از علائم رایج اضطراب هستند که این ترس یا ارزیابی منفی منجر به واکنش شدیدتری می‌شود و به‌نوبه خود منجر به افزایش شدت علائم اضطرابی در این افراد می‌گردد. به این طریق فرد گرفتار یک چرخه معیوب در تجربه علائم اضطرابی می‌شود (ویتون؛ دیکون؛ امسیگراس؛ بیرمان؛ آبرومویچ؛^۴ ۲۰۱۲). به‌عنوان مثال افراد با حساسیت اضطرابی بالا ممکن است شروع احساسات بدنی مانند تپش قلب را به‌عنوان شاخصی از حمله قلبی و یا داشتن سردرد را نشانه‌ی تومور مغزی تلقی کنند (اوتو؛ اسمیتس؛ فیتزجرالد؛ پاورز؛ بارید؛ آبرومویچ؛ بلکی؛^۵ ۲۰۱۹). افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، تمایل دارند از تجربیات ناخوشایندی که ممکن است علائم اضطرابی آنها را تحریک کند، اجتناب کنند، استراتژی که بر مبنای اجتناب است اضطراب را تشدید می‌کند (آبرومویچ؛ بلکی؛^۶ ۲۰۲۰).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی یک عامل آسیب‌پذیری مهم در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی است و از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم بین تنیدگی و بیماری است (تیلور؛ جانگ؛ استیوارت؛ آستین؛^۷ ۲۰۰۸). در همین راستا نتایج پژوهش هارتونیان^۸

۱. Anxiety sensitivity

۲. Hovenkamp-Hermelink, J. H. Voshaar, R. C. O. Batelaan, N. M. Penninx, B. W. Jeronimus, B. F. Schoevers, R. A. & Riese, H.

۳. Taylor, S.

۴. Wheaton, M. G. Deacon, B. J. McGrath, P. B. Berman, N. C. & Abramowitz, J. S.

۵. Otto, M. W. Smits, J. A. Fitzgerald, H. E. Powers, M. B. & Baird, S. O.

۶. Abramowitz, J. S. & Blakey, S. M. (Eds.)

۷. Taylor, S. Jang, K. L. Stewart, S. H. & Stein, M. B.

۸. Hartoonian

(۲۰۱۵) و همکاران نشان داد که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های میزان بالای اضطراب در افراد مبتلا به M.S سطوح بالای حساسیت اضطرابی می‌باشد. سلیمانی و بابایی (۱۳۹۵)، نیز دریافتند که بیماران مبتلا به M.S در مقایسه با افراد عادی حساسیت اضطرابی بالایی را از خود نشان می‌دهند.

مطالب مطرح‌شده نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به ام اس مشکلات روان‌شناختی متعددی دارند. این مشکلات سلامت روان افراد مبتلا به ام اس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از همین رو اهمیت مداخلات روان‌شناختی برای کاهش و حتی رفع این مشکلات در این بیماری اهمیت دوچندان پیدا می‌کند. در این میان استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ به‌عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین مداخلات می‌تواند بسیار اثربخش باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌جای تغییر بر پذیرش آگاهانه تجارب درونی تأکید می‌کند (سامن؛ دیفن باچر؛ اسچد؛ پنتو؛ پکنهام؛ فیدریچ؛ ۲۰۲۱).

سازه و مفهوم اساسی در آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد آن است که رنج‌ها و تأملات روان‌شناختی به‌وسیله اجتناب کردن از تجارب، شناخت‌های درهم‌تنیده شده، شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و تطبیق نیافتن با ارزش‌های اساسی ایجاد می‌شود (عراقی؛ بزازیان؛ امیری؛ قمری؛ ۱۳۹۹).

هدف کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی به افراد کمک می‌شود تا تجارب ذهنی خود (افکار، هیجانات و ...) را بدون قضاوت بپذیرند و از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابند و مطابق با ارزش‌های خود رفتار کنند، حتی زمانی که افکار و احساسات فرد مخالف اقدام ارزشمند او باشند (گری؛ کالجیهان؛ هیز؛ گلن - لاو ستون؛ ۲۰۰۷). درمان پذیرش مبتنی بر تعهد به افراد آموزش می‌دهد که بتوانند به‌صورت کارآمد با دنیای تجربی خود در تماس باشند (مژدهی؛ اعتمادی، ۱۳۹۰).

در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نتایج پژوهش ابن نصیر و خالقی

۱. Acceptance and commitment based therapy

۲. Samaan, M. Diefenbacher, A. Schade, C. Pontow, I. M. Pakenham, K. & Fydrich, T

۳. Gregg, J. A. Callaghan, G. M. Hayes, S. C. Glenn-Lawson, J. L

پور نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، حساسیت اضطرابی بیماران را کاهش داده است (ابن نصیر؛ خالقی پور؛ ۱۳۹۷). در مقابل رویکرد واقعیت درمانی یک روش مشاوره و روان‌درمانی است که ویلیام گلاسر روان‌پزشک آن را بنیان‌گذاری کرده است. واقعیت درمانی به مردم کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌های رفتاری و راه‌هایی را بررسی کنند که به رسیدن نیازهایشان کمک می‌کنند. واقعیت درمانی شیوه‌ای است مبتنی بر عقل سلیم و درگیری‌های عاطفی، که در آن بر واقعیت، قبول مسئولیت و شناخت امور درست و نادرست و ارتباط آن‌ها با زندگی روزمره فرد تأکید می‌شود. رویکرد گلاسر، آمیزه‌منحصربه‌فردی از فلسفه وجودی و شیوه‌های رفتاری است که به روش‌های خودگردانی رفتار درمانگران شباهت دارد. هدف اصلی واقعیت درمانی همانا تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا رفتار غیرمسئولانه انسان موجب ناراحتی و اضطراب او می‌شود (کلش، ۲۰۰۲). واقعیت درمانی یک رویکرد درمانی مراجع-محور مبتنی بر نظریه انتخاب است و از آن به‌عنوان تئوری کنترل نیز یاد می‌شود (فرمانی؛ تقوی؛ فاطمی؛ صفوی؛ ۲۰۱۵). نظریه انتخاب مبتنی بر این ایده است که ما توسط پنج نیاز اساسی، نیاز به عشق، آزادی، قدرت، تفریح و بقا اداره می‌شویم که برآورده ساختن آن‌ها زندگی باارزشی را برای ما تضمین می‌کنند؛ بنابراین هدف از انتخاب‌های ما تأمین این نیازهای اساسی است (مکنون، ۲۰۱۹). اصول اولیه واقعیت درمانی و نظریه انتخاب بدین معنی است که افراد مسئولیت تمام رفتارهایشان را برعهده می‌گیرند. این باور که فرد در مقابل رفتارش مسئول است، یکی از دستاوردهای مهم نظریه انتخاب است و هنگامی که فرد تعهدی را در یک موقعیت می‌پذیرد این مسئولیت‌پذیری افزایش می‌یابد (دلی لر؛ هواسی؛ ۱۳۹۸). واقعیت درمانی بیان می‌دارد که انسان‌ها همیشه طوری رفتار می‌کنند تا دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهایشان کنترل کنند و این سبک از کنترل می‌تواند در بروز مشکلات روان‌شناختی افراد نقش داشته باشد (بنی‌هاشمی؛ حاتمی؛ حسنی؛ صاحبی؛ ۱۳۹۹). در ارتباط با اثربخشی واقعیت درمانی نتایج پژوهش فرمانی، تقوی، فاطمی، صفوی،

۱. Kelsch, D. M.

۲. Mocan, D.

(۲۰۱۵) نشان داد که به کارگیری واقعیت درمانی، به طور قابل توجهی منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به M.S شده است. در همین راستا سلیمانی و بابایی، (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای مطرح کردند که آموزش واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه انتخاب، میزان اضطراب را کاهش و امیدواری را افزایش می‌دهد. واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره به دو مداخله‌ای دارند که در مطالعات متعدد، اثربخشی آن‌ها در بهبود علائم روان‌شناختی در افراد و گروه‌های مختلف و تأثیر آن در کاهش علائم اضطرابی، افسردگی و همچنین اصلاح افکار و نگرش‌های تحریف‌شده و غیرمنطقی نشان داده شده است و هر دو درمان به‌عنوان دو رویکرد مؤثر در کاهش و اصلاح علائم اضطرابی می‌باشند و همچنین به دلیل ضرورت توجه به بیماری‌های مزمن مانند M.S و وجود حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به M.S و با توجه به اینکه پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه بسیار اندک هستند، انجام چنین تحقیقاتی از لحاظ علمی می‌تواند به فهم مکانیسم و روش‌های بهینه در انجام فعالیت‌های مشاوره‌ای و درمانی کمک نماید و زمینه را برای درمان و پیشگیری فراهم نماید. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش حساسیت اضطرابی در زنان مبتلا به M.S بود.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی مورد مطالعه، عبارت بود از بیماران ۳۰ تا ۴۵ ساله مبتلا به M.S که در سال ۱۳۹۸ به انجمن M.S شهر ارومیه مراجعه کرده بودند؛ در بررسی‌های مداخله‌ای حجم نمونه ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۸۹).

به‌منظور انتخاب آزمودنی‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت داوطلبانه استفاده شد و در یک فرآیند دو مرحله‌ای آزمودنی‌ها وارد مطالعه شدند. در گام اول پرسشنامه چک لیست سلامت روان SCL-۹۰-R توسط افراد مبتلا تکمیل گردید

(دراگوتیس؛ لیمپن؛ ریکلس؛ کوی؛ ۱۹۷۴)، هدف از این کار رد هرگونه تشخیص برای اختلالات حاد روان‌شناختی از قبیل وسواس، اضطراب و افسردگی بود. در گام دوم از بین آزمودنی‌هایی که برای شرکت در پژوهش داوطلب شده بودند و در گام اول مورد تأیید قرار گرفتند ۴۵ نفر برای ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون برگزار شد که البته به علت ریزش، ۱ نفر در دو گروه آزمایش، پژوهش بر اساس ۴۳ نفر انجام شد. هر دو گروه قبل از هرگونه مداخله در شرایط یکسان به مقیاس حساسیت اضطرابی، به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس برای یکی از گروه‌های آزمایش، واقعیت‌درمانی مبتنی بر مدل ویلیام گلاسر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد و برای گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و استروسال در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید درحالی‌که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات آموزشی، مقیاس حساسیت اضطرابی به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه تکمیل شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به ام اس توسط روان‌پزشک، گذشت حداقل ۵ سال از بیماری محدوددهی سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و سطح تحصیلات حداقل سیکل و بالاتر جهت درک مفاهیم آموزشی واقعیت‌درمانی ضرورت دارد؛ و ملاک خروج عبارت بودند از: وجود علائم شدید M.S، ابتلا به یکی از اختلالات روانی، شرکت نکردن در جلسات آموزشی بیش از ۲ بار، فوت و جابه‌جایی بیمار از شهر ارومیه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس حساسیت اضطرابی ریس و پترسون^۲ (۱۹۸۵) (ASI): این مقیاس توسط ریس و پترسون در سال ۱۹۸۵ طراحی شده است، یک ابزار خودگزارشی ۱۶ سؤالی است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان از تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با مشخص می‌باشد و لذا دامنه نمرات

۱. Derogatis, L. R. Lipman, R. S. Rickels, K. Uhlenhuth, E. H. & Covi, L.

۲. Reiss & Peterson Anxiety Sensitivity Index

بین ۶۴-۰ می باشد. این پرسشنامه از سه زیرمقیاس: عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ سؤال)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ سؤال) و ترس از مشاهده شدن توسط دیگران (۴ سؤال) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، دارای ثبات درونی بالای آن را نشان داده است (آلفای بین ۸۰-۹۰ درصد). پایایی بازآزمایی بعد از دو هفته این مقیاس ۷۵ درصد به مدت سه سال ۷۱ درصد بوده است که نشان می‌دهد حساسیت اضطرابی یک سازه شخصیتی پایدار است (۳). اعتبار آن در نمونه‌ی ایرانی توسط بیرامی و همکاران (۲۰۱۱) بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. روایی بر اساس سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. بدین منظور روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه SCL-۹۰ انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌های شاخص با نمره کل بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود. ضرایب اعتبار خرده مقیاس‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند.

در این پژوهش جلسات درمانی توسط دو درمانگر مجزا اجرا شد. جلسات درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر اساس کتاب راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیزو استروسهال (هیزو و استروسهال، ۲۰۰۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به صورت گروهی برگزار شد، این درمان توسط دانشجوی دکتری با سابقه ۱۲ سال کار مشاوره اجرا شد؛ و برای گروه مداخله واقعیت درمانی، پروتکل درمانی بر اساس کتاب درآمدی بر روان‌شناسی امید تئوری انتخاب نوشته دکتر گلاسر (۱۹۹۹). ترجمه (علی صاحبی، ۱۳۹۷). در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به صورت گروهی اجرا شد، این پروتکل درمانی هم توسط دکتری روان‌شناسی با سابقه ۱۰ سال روان‌درمانی اجرا شد. خلاصه محتوای جلسات درمانی دو گروه آزمایش در جدول ۲ و ۱ به تفکیک ارائه می‌شوند:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات آموزشی بر اساس درمان پذیرش مبتنی بر تعهد

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	پیش‌آزمون و ارائه توضیح کلی جلسات برای اعضا	معرفی پژوهشگر معرفی اعضا اجرای پیش‌آزمون	رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار
جلسه دوم	آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایجاد انگیزه	تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره نشانه‌های بیماری و انواع آن	نوشتن فهرست مشکلات و انتظارات از درمان
جلسه سوم	ایجاد درماندگی خلاق	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات بیماران از درمان هدف اصلی این جلسه ایجاد درماندگی خلاق می‌باشد یعنی مراجع در نهایت به این بینش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکلش انجام داده بی‌فایده بوده و از این پس به جای سرزنش خودش شیوه‌های جدیدی را بکار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل انسان در چاه، مسابقه طناب‌کشی با هیولا، ببر گرسنه	نوشتن راهکارهایی که تا به حال برای حل مشکلات استفاده می‌کردند و چقدر این راه حل به حل مشکل کمک کرده و چه فایده‌ای برایشان داشته است
جلسه چهارم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها	توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار گرفت	ارائه کاربرگ رویدادهای درونی و احساسات بدنی
جلسه پنجم	توضیح مفهوم آمیختگی و گسلش	تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛	انجام تمرین‌های گسلش
جلسه ششم	تماس با زمان حال و توضیح در مورد رفتار مشفقانه	آموزش ذهن آگاهی و آموزش تنفس هوشیارانه معرفی سبک‌های توجه - برای تمرین رفتار مشفقانه استعاره دست شفا دهنده استفاده شد	انجام تمرین‌های ذهن آگاهی و تمرینات تنفس
جلسه هفتم	معرفی ارزش‌ها و بیان منطق کار و توضیح در مورد اعمال متعهدانه	استفاده از سیبل تیراندازی برای کشف و شناسایی ارزش‌ها توضیح در مورد تفاوت ارزش و هدف - چگونگی شناسایی موانع در رسیدن به ارزش‌ها و چگونگی انجام عمل متعهدانه	ارائه کار برگ‌های مخصوص برای شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف در راستای ارزش‌ها
جلسه هشتم	پس‌آزمون و جمع‌بندی	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی دستاوردهای جلسات مرور جلسات قبل و بیان نظرات و بازخورد در رابطه با جلسات ارائه‌شده و بحث درباره جلوگیری از عود	

جدول ۲. جلسات درمانی واقعیت درمانی

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
جلسه اول	پیش‌آزمون و ارائه توضیح کلی جلسات برای اعضا	معرفی پژوهشگر معرفی اعضا اجرای پیش‌آزمون	رهنمودهایی برای مشارکت اعضا و تشریح چگونگی انجام کار
جلسه دوم	توضیح در مورد واقعیت درمانی و تئوری انتخاب	تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان؛ ارائه اطلاعات درباره نشانه‌های بیماری و انواع آن و توضیح در مورد اهداف رفتار	دادن کار برگ برای فهرست کردن نیازها جهت روشن شدن تفاوت نیاز و خواسته
جلسه سوم	معرفی ۵ نیاز اساسی	توضیح و تعریف نیازهای بنیادین و معرفی ۵ نیاز اساسی نیاز به بقا- نیاز به احساس عشق و تعلق- نیاز به آزادی- نیاز به قدرت و پیشرفت- نیاز به تفریح	ارائه کاربرگ برای شناسایی نیازها
جلسه چهارم	معرفی دنیای مطلوب	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران توضیح در مورد تصاویر آرمانی و فوق‌العاده آرمانی در دنیای مطلوب و داشتن تصاویر واقع‌گرایانه در دنیای مطلوب که این مسئله روابط را رضایت‌بخش می‌کند	تمرین سازگاری و انطباق دنیای مطلوب با واقعیت موجود
جلسه پنجم	معرفی ماشین رفتار	توضیح در مورد رفتار کلی و مؤلفه‌های آن و اشاره به ماشین رفتار، چرخ‌های جلوی ماشین فکر و عمل هستند و دو چرخ عقب فیزیولوژی و احساس هستند ماشین رفتار اعتقاد دارد ما هر کاری انجام می‌دهیم یک رفتار انجام می‌دهیم و هر رفتار معطوف به یک هدف است و هدف هر رفتار ارضای نیازهای ما می‌باشد توضیح در مورد افسردگی بر اساس ماشین رفتار پذیرش منفعلانه یک احساس چرا اتفاق می‌افتد.	ارائه تمرین در مورد ماشین رفتار درمان‌جویان باید بتوانند تا جلسه بعدی احساس و فکر و فیزیولوژی مربوط به یک رفتار خود را مشخص کنند که چگونه می‌توانستند رفتارهای سازنده‌تری انتخاب کنند
جلسه ششم	آموزش حل تعارضات و توضیح در مورد سیستم خلاق	چگونگی حل تعارضات و واقعیت درمانی، توضیح در مورد تعارضات و اینکه چقدر دردناک هستند، عاملی که تعارض را تا حد زیادی تشدید می‌کند عدم وجود راه‌حل فوری است اگر بر سر دوراهی قرار گرفته‌اید تا	شناسایی تعارضات در زندگی واقعی

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
		حتی‌الامکان هیچ اقدامی نکنید به این ترتیب اوضاع را وخیم‌تر نمی‌کنید زمان درنهایت تعارض را در جهت یکی پیش خواهد برد در بسیاری از موارد که نمی‌توانید صبر کنید نهایت یکی از تصاویر موردنظر خود را در دنیای مطلوب از دست خواهید داد. چگونگی به دست گرفتن کنترل مؤثر زندگی و مسئولانه رفتار کردن	
جلسه هفتم	توضیح مفهوم کنترل درونی و بیرونی	روان‌شناسی کنترل درونی در برابر روان‌شناسی کنترل بیرونی، نمود کنترل بیرونی این است که آنچه من انتخاب می‌کنم و انجام می‌دهم درست است و آنچه طرف مقابل و دیگران انجام می‌دهند نادرست است	ارائه تمرین در مورد شناسایی پیامدهای روان‌شناسی کنترل بیرونی
جلسه هشتم	پس‌آزمون و جمع‌بندی	اجرای پس‌آزمون و جمع‌بندی دستاوردهای جلسات مرور جلسات قبل و بیان نظرات و بازخورد	

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (نرمال بودن با استفاده از شاپیرو-ویلک، همسانی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، آزمون موجلی جهت کرویت) در سطح معناداری برابر ۰/۰۵ تحلیل شد. بر اساس اصول اخلاقی در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به افراد شرکت‌کننده داده شد و همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شود و آن‌ها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از همه آزمودنی‌ها گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی در گروه دریافت‌کننده درمان ACT، $35/71 \pm 3/07$ ، گروه دریافت‌کننده واقعیت‌درمانی $35/64 \pm 3/52$ و گروه کنترل $35/80 \pm 3/55$ بود. در گروه ACT ۷ نفر (۵۰ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۷ نفر (۵۰ درصد) لیسانس و بیشتر بودند و در گروه واقعیت‌درمانی ۹ نفر (۶۴/۳ درصد) دارای مدرک دیپلم و ۵ نفر (۳۵/۷ درصد)

لیسانس و بیشتر بودند؛ اما در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) مدرک دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس و بیشتر داشتند. داده‌های مربوط به مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از نگرانی بدنی	ACT	۲۲/۴۳	۱/۳۴	۱۶/۶۴	۱/۴۹	۱۶/۳۶	۱/۸۶
	واقعیت درمانی	۲۲/۰۷	۱/۳۸	۱۸/۰۷	۱/۸۱	۱۸/۵۷	۲/۰۲
	کنترل	۲۱/۹۳	۱/۴۳	۲۱/۸۰	۱/۱۴	۲۲/۰۷	۱/۴۳
ترس از عدم کنترل شناختی	ACT	۱۱/۰۰	۱/۴۱	۸/۰۷	۱/۳۲	۸/۶۴	۱/۵۵
	واقعیت درمانی	۱۱/۰۰	۱/۳۰	۹/۱۴	۱/۶۵	۹/۷۱	۱/۷۲
	کنترل	۱۱/۲۷	۰/۸۸	۱۱/۶۷	۱/۰۴	۱۱/۴۷	۰/۹۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب	ACT	۱۱/۹۳	۱/۳۲	۸/۰۰	۱/۳۵	۸/۷۹	۱/۴۲
	واقعیت درمانی	۱۲/۳۶	۱/۲۱	۹/۵۰	۱/۶۹	۱۰/۲۱	۲/۰۴
	کنترل	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۱۱/۵۳	۱/۰۶	۱۱/۶۰	۱/۰۵
	ACT	۴۵/۳۶	۲/۷۶	۳۲/۸۶	۲/۱۴	۳۳/۷۱	۲/۳۶
حساسیت اضطرابی	واقعیت درمانی	۴۵/۴۳	۲/۵۰	۳۶/۶۴	۲/۸۱	۳۷/۴۳	۲/۵۶
	کنترل	۴۵/۲۷	۱/۹۰	۴۵/۲۰	۲/۰۰	۴۴/۶۰	۲/۰۲

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی در مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی کاهش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمرات در هر سه دوره تفاوت چندانی با هم ندارند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین و آزمون موچلی

جهت کرویت برای رعایت پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون شاپیروویلک و لوین برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین‌هاس - گایزر در مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور انا
ترس از نگرانی بدنی	درون گروهی	عامل	۲۹۸/۶۰۸	۱/۵۷۴	۱۸۹/۷۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	بین گروهی	اثر تعاملی	۱۷۶/۹۲۸	۳/۱۴۸	۵۶/۲۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
		خطا	۱۰۶/۵۱۴	۶۲/۹۵۷	۱/۶۹۲		
ترس از عدم کنترل شناختی	درون گروهی	عامل	۲۷۳/۲۴۴	۲	۱۳۶/۶۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	بین گروهی	خطا	۱۸۸/۸۹۵	۴۰	۴/۷۲۲		
		درون گروهی	عامل	۵۰/۸۷۲	۱/۵۱۳	۳۳/۶۱۸	۰/۰۰۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب	درون گروهی	اثر تعاملی	۴۵/۹۹۴	۳/۰۲۶	۱۵/۱۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	بین گروهی	خطا	۶۳/۹۹۰	۶۰/۵۳۰	۱/۰۵۷		
		گروه	۱۱۳/۳۳۸	۲	۵۶/۶۶۹	۱۵/۰۳۹	۰/۰۰۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب	درون گروهی	عامل	۱۳۶/۲۸۱	۱/۵۲۶	۸۹/۲۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	بین گروهی	اثر تعاملی	۵۳/۰۷۳	۳/۰۵۲	۱۷/۳۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸
		خطا	۸۷/۷۱۷	۶۱/۰۴۸	۱/۴۳۷		
ترس از مشاهده شدن اضطراب	گروه	۹۷/۴۱۹	۲	۴۸/۷۱۰	۱۳/۰۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	بین گروهی	خطا	۱۴۸/۹۰۶	۴۰	۳/۷۲۳		

نتایج جدول (۴) نشان داد که با معنادار بودن F به دست آمده عامل درون گروهی در ترس

از نگرانی بدنی ($F=112/138, P=0/001$)، ترس از عدم کنترل شناختی ($P=0/001$)، و ترس از مشاهده شدن اضطراب ($F=31/80, P=0/001$) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه مؤلفه حساسیت اضطرابی در سطح $0/01$ تأیید می‌شود. علاوه بر این با معنادار بودن F به دست آمده در منبع بین گروهی در ترس از نگرانی بدنی ($F=28/931, P=0/001$)، ترس از عدم کنترل شناختی ($F=15/039, P=0/001$) و ترس از مشاهده شدن اضطراب ($F=13/085, P=0/001$) می‌توان گفت بین سه مرحله اندازه‌گیری برای ترس از نگرانی بدنی، ترس از عدم کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/05$). همچنین با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت $0/62$ درصد تغییرات ترس از نگرانی بدنی، $0/42$ درصد تغییرات ترس از عدم کنترل شناختی، $0/38$ درصد تغییرات ترس از مشاهده شدن اضطراب ناشی از تأثیر اجرای مداخلات درمانی است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
ترس از نگرانی بدنی	واقعیت درمانی	-۱/۱۰	۰/۰۷۸
	کنترل	-۳/۴۶	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	-۲/۳۶	۰/۰۰۱
ترس از عدم کنترل شناختی	واقعیت درمانی	-۰/۷۱	۰/۲۹۹
	کنترل	-۲/۲۳	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	-۱/۵۱	۰/۰۰۱
ترس از مشاهده شدن اضطراب	واقعیت درمانی	-۱/۰۰	۰/۰۶۲
	کنترل	-۲/۱۲	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	-۱/۱۲	۰/۰۳۴

بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان می‌دهد که بین گروه ACT و واقعیت درمانی در مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)؛ اما بین گروه ACT

و گروه کنترل همچنین گروه واقعیت‌درمانی و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P \leq 0/05$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه‌های آزمایشی (ACT) و واقعیت‌درمانی) است. به عبارتی هر دو درمان بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به MS اثر داشته‌اند، اما دو درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی دو رویکرد مداخله‌ای واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به MS در شهر ارومیه پرداخته است که در ادامه به بررسی آن می‌پردازیم در پژوهش حاضر مشخص شد که هر دو رویکرد مداخله واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش مبتنی بر تعهد بر کاهش حساسیت اضطرابی تأثیرگذار بودند، اما درمان پذیرش مبتنی بر تعهد تأثیر مؤثرتری نسبت به واقعیت‌درمانی داشت. این نتیجه تا حدی با یافته‌های حاجی کرم، قمری و امیری مجد (۱۳۹۹)، نیکوکار؛ جعفری؛ فتحی و پویا منش؛ (۱۳۹۹) در راستای تفاوت این دو روش درمانی در بهبود مشکلات و مسائل روان‌شناختی همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج حاضر می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند که به‌جای اجتناب فکری و عملی از افکار و شرایط ناخوشایند، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و هیجانات ناراحت‌کننده و همچنین با ایجاد اهداف قابل‌دسترس و تعهد به آن‌ها با مسائل و مشکلات روان‌شناختی خود مقابله کنند. درواقع رویارویی مؤثر و فعال با افکار و عواطف، دوری از اجتناب، تغییر نگرش نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و درنهایت تعهد به هدفی اجتماعی را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دانست (حاجی کرمی؛ قمری؛ امیری مجد؛ ۱۳۹۹). پذیرش عواطف به‌عنوان عواطف، افکار به‌عنوان افکار و هیجان به‌عنوان هیجانات -همان‌گونه که هستند، نه بیشتر و نه کمتر- منجر به ضعیف شدن آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن پذیرفتن رویدادهای درونی هنگامی که فرد در تقابل با پریشانی و آشفتگی‌های خویش

نیست، به او اجازه می‌دهد تا خزانه‌ی رفتاری‌اش را توسعه و می‌تواند با توجه به زمانی که به‌این ترتیب به دست می‌آورد، برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند (پو، ۲۰۱۱). و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد (ایراندوست؛ نشاط دوست؛ نادى؛ صفرى؛ ۱۳۹۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اساساً فرایند محور است و آشکارا بر ارتقای پذیرش تجربیات روان‌شناختی و تعهد با افزایش فعالیت‌های معنابخش انعطاف‌پذیر، سازگارانه، بدون در نظر گرفتن محتوای تجربیات روان‌شناختی تأکید می‌کند. خصیصه‌ای که در واقعیت‌درمانی حضور ندارد. (عالی پور؛ حاجی‌علیزاده؛ ۱۳۹۷) از طرف دیگر هدف‌های درمانی به‌کاررفته در درمان پذیرش و تعهد افزایش تفکر واقع‌نگر، مؤثر و منطقی یا تشویق احساسات نیست بلکه اهداف این روش درمانی بر کاهش اجتناب از این تجربیات روان‌شناختی و افزایش آگاهی از آن‌ها به‌خصوص تمرکز بر لحظه‌ی حال بدون پیش گرفتن روشی بی‌کشمکش و غیرارزیابانه، استوار است. در این فرایند بیمار می‌آموزد تا خودش را از درد و حالت‌های آشفتگی به‌منظور کاهش این تجربیات بر رفتار دور‌نگه دارد. اهداف درمان، بهبود کارکرد از طریق افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (مولوی؛ میکائیلی؛ رحیمی؛ مهری؛ ۱۳۹۵). درمان پذیرش و تعهد به افراد یاد می‌دهد که مهم‌ترین زمان، زمان حال است، تماس با زمان حال (یادگیری مشغولیت کامل با زندگی) است که نقطه‌ی مقابل آن گم شدن در افکار است تمرینات مربوط به افزایش تماس با زمان حال تنفس هوشیارانه- تقویت توجه آگاهی تماس فرد را با زمان حال افزایش می‌دهد، بودن در زمان حال نقش مهمی در زندگی ارزشمند دارد و قدرت انتخاب بیشتری به افراد می‌دهد که این تمرینات برای آزمودنی‌ها در این پژوهش جذابیت بیشتری داشت. درمان پذیرش و تعهد با کاهش آمیختگی با استفاده از یک دسته تکنیک‌های گسلش که به آن‌ها تکنیک‌های خنثی‌سازی هم گفته می‌شود به افراد شرکت‌کننده آموزش داده شد تا راه‌های کارآمدتر و سازنده‌تری برای مقابله با افکار دست پیدا کنند. بدین صورت که به

آزمودنی‌ها آموزش داده شد که چگونه می‌توانند یک فکر را در بافتار کاملاً متفاوتی قرار دهند، مانند (آواز خواندن با افکار) که به سرعت قدرت آن فکر را خنثی می‌کند. این تمرینات باعث تسهیل پذیرش احساسات و هیجانات منفی در افراد می‌شود و فرصتی ایجاد می‌کند تا افراد رفتارهای خود را در راستای ارزش‌هایشان تنظیم کنند.

تمرینات مربوط به گسلش در درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش توجه به افکار هشداردهنده و احساسات درگیر مربوط به فاجعه سازی درد می‌شود این تمرینات بسیار در کاهش رنج روان‌شناختی مؤثر هست (قطره سامانی؛ نجفی؛ رحیمیان ۱۳۹۸).

همچنین می‌توان علت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به واقعیت‌درمانی را در ایجاد توافق و آموزش روش‌های سازگار شدن با ابعاد غیرقابل تحمل زندگی به‌جای سعی در مدیریت کردن آن ابعاد و مسائل تعارض برانگیز دانست. از طرف دیگر، این رویکرد از طریق ایجاد ارزش‌های شخصی بر شناسایی اهداف و ارزش‌ها و نحوه‌ی ایجاد یک زندگی پرمعنا برای خود و اعضای خانواده تأکید می‌کند و این‌گونه، افراد تمام تجربه‌های زندگی خود را موردتوجه قرار می‌دهند تا راه‌هایی را برای زندگی کردن به شیوه‌ای کارآمدتر پیدا کنند (هیز، ۲۰۱۶).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، (پذیرش) باعث کم شدن اثر تجارب تلخ نظیر درد می‌شود. فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری خود را پذیرفته و به دنبال تعادل بخشیدن به شیوه‌های متناسب با موقعیت باشد. در مواردی نظیر رفتار آشکار که قابل تغییر می‌باشد، بر تغییر متمرکز است و در مواردی نظیر درد که تغییر امکان‌پذیر نیست، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی متمرکز است (درتاج؛ دهکردی؛ مقدسی؛ علی پور، ۱۴۰۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشخاص را تشویق می‌کند که فرایندهای فکری را به‌عنوان یک عملکرد واقعی و لازم برای سازگاری روان‌شناختی، بپذیرند که این امر منجر می‌شود طرح‌واره‌های شناختی منفی در افراد کاهش یابد و در نتیجه افراد به شیوه‌ی مؤثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند که این مسئله باعث کاهش اضطراب در این بیماران

می شود (هیز، ۲۰۱۶).

درمان پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌ها بستری برای پذیرش هیجانات منفی و افزایش عمل متعهدانه فراهم می‌کند، استعاره‌ها جهت عینی کردن مفاهیم انتزاعی بسیار کاربردی است در این پژوهش به‌عنوان مثال از جمله استعاره‌های جذاب برای آزمودنی‌ها در مورد اجتناب تجربه‌ای استعاره دوکفه ترازو بود؛ و استعاره دانشمند دیوانه و دستگاه دروغ‌سنج برای رهایی از راهبردهای ناکارآمد و رها کردن آن‌ها بسیار مفید بود، این استعاره به آزمودنی‌ها کمک کرد تا یاد بگیرند حتی اگر جانمان وابسته به کنترل افکار و احساسمان باشد باز به‌سختی می‌توانیم چنین کاری انجام دهیم. استعاره‌های مربوط به پذیرش استعاره کلید کشمکش - استعاره دست شفا دهنده، فضای بیش‌تری برای افراد ایجاد می‌کند تا به آرامش برسند و احساس خود را آرام کنند. استعاره صفحه شطرنج برای تمایز گذاری بین خود زمینه و خود مشاهده‌گر، تمرین مفیدی بود به‌طوری‌که بعد از بیان این تمثیل درمان‌جویان متوجه شدند که با اخذ یک موضع غیر قضاوتی، تجارب درونی خود را مشاهده کنند وقتی با این دریچه به افکار و احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند نگاه می‌کنید خیلی تهدیدآمیز به نظر نمی‌رسند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از استعاره‌ها در تغییر کارکرد رفتارهای مشکل‌ساز و نشان دادن رفتارهای متناسب با محیط بسیار کارساز می‌باشد. یکی دیگر از راهکارهای درمانی در این پژوهش واقعیت درمانی است که جز یکی از روش‌های مؤثر در بهبود وضعیت روان‌شناختی افراد است این رویکرد نسبتاً صریح است که توان مراجع را برای پرداختن به نیازهایش از طریق یک روند واقع‌بینانه افزایش می‌دهد رویکرد گلاسر مواجه‌شدن با واقعیت، مسئولیت‌پذیری و ارزشیابی مجدد رفتارهای درست و نادرست را مورد تأکید قرار می‌دهد بر اساس این رویکرد فرد نه تنها در مقابل اعمال خود بلکه در برابر تفکرات و احساسات خود نیز مسئول است فرد قربانی گذشته و حال خود نیست مگر این‌که خود بخواهد (پررمن؛ مورفی؛ ۲۰۱۶).

واقعیت درمانی ابراز‌گری هیجان اعضا را بالا می‌برد و آگاهی آنان را در بیان مسائل

و مشکلاتشان نیز افزایش داده و باعث می‌شود افراد به شیوه کارآمدتری هیجان‌های خودشان را مدیریت کنند (علیرضایی؛ فتحی اقدم؛ قمری؛ بزازیان، ۱۳۹۹).

این رویکرد، رفتار را نوعی انتخاب مسئولانه می‌داند که توسط فرد صورت می‌گیرد و آن را عامل مهمی در سلامت روان او به شمار می‌آورد. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا رفتار خود را کنترل و انتخاب‌های مناسب‌تری را با به چالش کشیدن باورهای ناکارآمد توسط درمانگر و عدم قضاوت بر اساس موارد محدود داشته باشند و بدین طریق با تغییر دیدگاه و نگرش وی را در جهت معنابخشی به زندگی کمک می‌کند. واقعیت درمانی کمک می‌کند که افراد مبتلا به ام اس با هویت منسجم و موفق بهتر درک کنند که از وجود خود چه می‌خواهند بسازند و با احساس مسئولیت بیشتر به اداره امور خانواده بپردازند و با غلبه بر موانع، زندگی بامعنایی را برای خود و اعضای خانواده فراهم آورند. (ابن شریف؛ آق هیلی؛ ۲۰۱۹).

به نظر می‌رسد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ترغیب و تشویق شرکت‌کنندگان به تمرینات مکرر، توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی هدفمندانه روی جسم و ذهن، افراد با باورهای غیرمنطقی را از اشتغال ذهنی به افکار غیرمنطقی رها کند؛ یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه‌ی حاضر و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می‌شود. در صورتی که در الگوی درمانی واقعیت درمانی به افراد آموزش داده می‌شود که نیازهای خود را شناسایی کنند و برای رسیدن به نیازها و دستیابی به هدف‌هایشان برنامه‌های مسئولانه تهیه و اجرا کنند. لزوم بهره‌گیری مؤثر از روش واقعیت درمانی در بین افراد مبتلا به MS، تهیه و اجرای برنامه‌های مسئولانه از طرف ایشان است که این امر خودبه‌خود باعث کاستی این روش در مقایسه با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خواهد بود؛ زیرا تدوین برنامه برای شناسایی نیازها و دستیابی به اهداف برای اغلب افراد مبتلا به MS امری پیچیده است و نیازمند آسایش روانی فرد می‌باشد.

این نتایج که بیانگر اهمیت به کارگیری مداخله‌های روان‌شناختی در بهبود شاخص‌های روانی و جسمانی افراد مبتلا به MS است، می‌تواند توجه متخصصان بهداشت را به این نکته جلب کند که در ارتقای سلامت روانی و جسمانی این دسته از افراد، نباید از نقش عوامل روان‌شناختی غافل شد و در نظر داشته باشند که با ترکیب مداخلات روان‌شناختی با درمان‌های پزشکی رایج می‌توان به نتایج مطلوب‌تری دست یافت.

با توجه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم‌یافته‌های آن باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی مقایسه‌ی اثربخشی هر دو درمان بر روی گروه مردان مبتلا به ام‌اس نیز مورد مطالعه قرار گیرد. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با نسخه‌های دیگر مانند درمان مبتنی بر شفقت روی گروه بیماران مبتلا به ام‌اس مورد مطالعه قرار گیرد. از فرایند جلسات پیگیری طولانی‌مدت جهت حصول اطمینان از اثرات درازمدت این شیوه‌های مداخله‌ای استفاده شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مدیرعامل محترم انجمن M.S شهر ارومیه، تمامی کارکنان انجمن و افراد شرکت‌کننده در طرح و همه‌ی کسانی که به نحوی در این پژوهش همکاری داشتند قدردانی می‌گردد، این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه است و با شناسه: IR.IAU.URMIA.REC.۱۳۹۸,۰۰۶ در کمیته اخلاق این دانشگاه تأیید شده است.

منابع

- ابن‌نصیر، شکوه. خالقی‌پور، شهناز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون دارای صفت شخصیت اجتنابی. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۶ (۲): ۲۰۵-۱۹۸.
- ایران دوست، فروزان. نشاط دوست، حمید طاهر. نادى، محمدعلی. صفری، سهیلا (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان شدت درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *روان‌شناسی بالینی*. ۶ (۲): ۱۴-۷۵.
- بنی‌هاشمی، سارا. حاتمی، محمد. حسنی، جعفر. صاحبی، علی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. *روان‌شناسی بالینی*. ۱۲ (۱): ۷۶-۶۳.
- پیامنی، فیروزه. میری، مجید (۱۳۹۰). بررسی علائم و عوارض بیماری ام. اس در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *توسعه پرستاری در سلامت*. ۲ (۲ و ۳): ۵۰-۴۵.
- حاجی کرم، آمنه. قمری، محمد. امیری مجد، مجتبی (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر تعارض کار-خانواده و بهزیستی روانی زنان متأهل شاغل با اثر ماندگاری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. ۲۴ (۳): ۲۰-۳۳.
- دلاور، علی (۱۳۸۹). *تحقیقات نظری و عملی در علوم انسانی و علوم اجتماعی*. تهران، انتشارات رشد.
- دلی‌لر، ساناز. هواسی، ناهید. (۱۳۹۸). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر فرسودگی تحصیلی و خودکنترلی دانشجویان. *پژوهش پرستاری*. ۱۴ (۳): ۶۹-۶۳.
- در تاج، افسانه. مهناز، علی اکبری دهکردی. عبدالرضا، ناصر مقدسی. احمد، علی پور (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، ادراک درد و اینترلوکین ۱۲ در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵ (۱)

۷۲-۴۹.

علیرضایی مالک، فتحی اقدم قربان، قمری محمد، بزازیان سعیده. مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجان در زنان دارای تعارض زناشویی. نشریه

طب انتظامی. ۱۳۹۹؛ ۹ (۳): ۱۷۲-۱۶۵

سلیمانی، اسماعیل. بابایی، کریم. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اضطراب و امیدواری افراد وابسته به مواد در حین ترک. فصلنامه

علمی/اعتیادپژوهی. ۱۰ (۳۷): ۱۵۰-۱۳۷.

سلیمانی، اسماعیل. حبیبی، مجتبی. تاج‌الدینی، امراه (۱۳۹۰). بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، حساسیت پردازش حسی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به

MS. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک؛ ۱۹ (۸): ۶۶-۵۷.

عراقی، یحیی، بزازیان، سعیده، امیری مجد، مجتبی، قمری، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی به شیوه فراشناخت و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش

ناامیدی زوجین متقاضی طلاق. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. ۱۱ (۴۳): ۲۳۷-۲۶۶

عالی پور، رسول. حاجی‌علیزاده، کبری (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش، تعهد و دارودرمانی بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. روان

پرستاری. ۵ (۴): ۶۱-۶۸.

قطره سامانی، مهناز. نجفی، محمود، رحیمیان بوگر اسحق. مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فیزیوتراپی بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی در بیماران مبتلا

به درد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی. ۱۳۹۸؛ ۱۸ (۷۴): ۱۶۹-۱۵۹.

مولوی، پرویز. میکائیلی، نیلوفر. رحیمی، ندا. مهری، سعید (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان دارای ترس اجتماعی.

مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۴ (۴): ۴۱۲-۴۲۳.

مژدهی، رضا، اعتمادی، احمد. (۱۳۹۰). بررسی میانجی‌های درمانی و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر. فرهنگ مشاوره و

روان‌درمانی. ۲(۷). ۱-۳۰.

نیکوکار، یعقوب. جعفری، علیرضا. فتحی، قربان. پویامنش، جعفر (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی دو رویکرد مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر معنای زندگی و افکار غیرمنطقی زنان سرپرست تحت پوشش کمیته امداد. *پژوهش‌های انتظامی - اجتماعی زنان و خانواده*. ۸(۱): ۲۶۸-۲۴۴.

- Abramowitz, J. S. & Blakey, S. M. (Eds.). (۲۰۲۰). Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms (pp. xiv-۳۹۹). *American Psychological Association*.
- Bayrami, M. Akbari, E. Qasempoor, A. & Azimi, Z. (۲۰۱۱). study of anxiety sensitivity, meta-Worry and components of emotion regulation in students with clinical symptoms of social anxiety and normal students. *Journal of Clinical Psychology*, ۲(۸), ۴۳-۴۹.
- Derogatis, L. R. Lipman, R. S. Rickels, K. Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (۱۹۷۴). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, ۱۹(۱), ۱-۱۵.
- Dobson, R. & Giovannoni, G. (۲۰۱۹). Multiple sclerosis—a review. *European journal of neurology*, ۲۶(۱), ۲۷-۴۰.
- Döring, A. Pfueller, C. F. Paul, F. & Dörr, J. (۲۰۱۲). Exercise in multiple sclerosis-an integral component of disease management. *Epma journal*, ۳(۱), ۲.
- Dorstyn, D. S. Roberts, R. M. Murphy, G. & Haub, R. (۲۰۱۹). Employment and multiple sclerosis: a meta-analytic review of psychological correlates. *Journal of health psychology*, ۲۴(۱), ۳۸-۵۱.
- Ebnosharieh, J. & Aghili, S. M. (۲۰۱۹). Effectiveness of group based reality therapy based on Glasser choice theory on the general health and obsessive beliefs of divorced women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, ۲۰(۴), ۵۳-۶۰.
- Farmani, F. Taghavi, H. Fatemi, A. & Safavi, S. (۲۰۱۵). The efficacy of group reality therapy on reducing stress, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis (MS). *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, ۲(۴), ۳۳-۳۸.
- Glasser, W. (۱۹۹۹). *Choice theory: A new psychology of personal freedom*. HarperPerennial.
- Gregg, J.A. Callaghan, G.M. Hayes, S.C. Glenn-Lawson, J.L. (۲۰۰۷). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*; ۷۵(۲):۳۳۶-۴۳.
- Hartoonian, N. Terrill, A. L. Beier, M. L. Turner, A. P. Day, M. A. &

- Alschuler, K. N. (۲۰۱۵). Predictors of anxiety in multiple sclerosis. *Rehabilitation psychology*, ۶۰(۱), ۹۱.
- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (۲۰۰۵). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science+ Business Media.
- Hayes, S. C. (۲۰۱۶). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies—*Republished Article*. *Behavior Therapy*, ۴۷(۶), pp. ۸۶۹-۸۸۵.
- Hovenkamp-Hermelink, J. H. Voshaar, R. C. O. Batelaan, N. M. Penninx, B. W. Jeronimus, B. F. Schoevers, R. A. & Riese, H. (۲۰۱۹). Anxiety sensitivity, its stability and longitudinal association with severity of anxiety symptoms. *Scientific reports*, ۹(۱), ۱-۷.
- Kelsch, D. M. (۲۰۰۲). Multiple Sclerosis and Choice Theory: It is a disease and Choice Theory works! *International journal of reality therapy*, ۲۲(۱).
- M PO. [The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students]. *J Knowledge Health*. ۲۰۱۱;۶(۲):۱-۵.
- Mocan, D. (۲۰۱۸). Complementary Aspects in Reality Therapy and Person-Centered Therapy. *Open Journal for Psychological Research*, ۲(۱).
- Otto, M. W. Smits, J. A. Fitzgerald, H. E. Powers, M. B. & Baird, S. O. (۲۰۱۹). Anxiety sensitivity and your clinical practice. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. ۱۷۹-۱۹۳). Academic Press.
- Pakpoor, J. Disanto, G. Altmann, D. R. Pavitt, S. Turner, B. P. Marta, M. ... & Schmierer, K. (۲۰۱۵). No evidence for higher risk of cancer in patients with multiple sclerosis taking cladribine. *Neurology-Neuroimmunology Neuroinflammation*, ۲(۶).
- Paramonova, N. Trapina, I. Dokane, K. Kalnina, J. Sjakste, T. & Sjakste, N. (۲۰۲۰). An intergenic rs۹۲۷۵۵۹۶ polymorphism on Chr. ۶p۲۱ Is associated with multiple sclerosis in latvians. *Medicina*, ۵۶(۴), ۱۵۴.
- Prezman, S. & Murphy, R. M. (۲۰۱۶). Effects of teaching control theory and reality therapy as an approach to reducing disruptive behaviors in middle school physical education. *International Journal of Reality Therapy*, ۵۷(۱), ۱۴۶-۱۵۰.
- Reiss, S. Peterson, R. A. Gursky, D. M. & McNally, R. J. (۱۹۸۶). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, ۲۴(۱), ۱-۸.
- Samaan, M. Diefenbacher, A. Schade, C. Pontow, I. M. Pakenham, K. & Fydrich, T. (۲۰۲۱). A clinical effectiveness trial comparing ACT and CBT for inpatients with depressive and mixed mental disorders. *Psychotherapy Research*, ۳۱(۳), ۳۷۲-۳۸۵.
- Taylor, S. Jang, K. L. Stewart, S. H. & Stein, M. B. (۲۰۰۸). Etiology of the

- dimensions of anxiety sensitivity: A behavioral-genetic analysis. *Journal of anxiety disorders*, ۲۲(۵), ۸۹۹-۹۱۴.
- Taylor, S. (۲۰۲۰). Anxiety sensitivity. In J. S. Abramowitz & S. M. Blakey (Eds.), *Clinical handbook of fear and anxiety: Maintenance processes and treatment mechanisms* (p. ۶۵-۸۰). American Psychological Association
- van der Feen, F. E. de Haan, G. A. van der Lijn, I. Heersema, D. J. Meilof, J. F. & Heutink, J. (۲۰۲۰). Independent outdoor mobility of persons with multiple sclerosis—A systematic review. *Multiple sclerosis and related disorders*, ۳۷, ۱۰۱۴۶۳.
- Wheaton, M. G. Deacon, B. J. McGrath, P. B. Berman, N. C. & Abramowitz, J. S. (۲۰۱۲). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-۳. *Journal of Anxiety disorders*, ۲۶(۳), ۴۰۱-۴۰۸.

استناد به این مقاله: سپاس، لایلا، شاکردولق، علی، خادمی، علی. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به MS در شهر ارومیه، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۸۵-۱۱۳.

DOI: ۱۰,۲۲۰۵۴/QCCPC.۲۰۲۲,۶۴۰۴۳,۲۸۰۸



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial ۴,۰ International License.

