



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Attachment-Based Compassion Therapy on Coping Self-Efficacy in People with Multiple Sclerosis

Sareh Rasaei¹, Iraj Safaei Rad^{2*}, Ahmad Ali Jadidian³, Azam Ghavidel⁴

1. Department of Psychology, Bo.C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2. Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

3. Department of Psychology, Kan.C., Islamic Azad University, Kangavar, Iran.

4. Department of Educational Sciences, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Corresponding author: Iraj Safaei Rad: Department of Psychology, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Email: i.safaeirad@iauh.ac.ir

Received: 2025/09/20

Accepted: 2025/10/25

Abstract

Introduction: Coping self-efficacy is an important factor in stress management and promoting psychological health in people with chronic diseases. Given the importance of this issue, this study was conducted to compare the effectiveness of schema therapy and attachment-based compassion therapy on coping self-efficacy in people with multiple sclerosis (MS).

Methods: The present study is a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of this study included all MS patients in Hamedan in 2024. 60 people were selected using purposive sampling and randomly assigned to three groups: test 1 (20 people), test 2 (20 people), and control (20 people). The coping self-efficacy scale was used to collect data. Schema therapy and attachment-based compassion therapy were implemented as a group for 8 sessions for the intervention groups. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results of the between-group comparison showed that there was a significant difference between the schema therapy and control groups ($P=0.01$); there was also a significant difference between the attachment-based compassion and control groups ($P=0.01$); but there was no significant difference between the two treatment groups, schema therapy and attachment-based compassion ($P=1.00$). In fact, both interventions had the same effect on increasing coping self-efficacy in MS patients.

Conclusion: Overall, it can be concluded that schema therapy and attachment-based compassion therapy both had the same effects on increasing coping self-efficacy in MS patients.

Keywords: Schema therapy, Compassion, Attachment, Self-efficacy, Coping, Multiple sclerosis.

How to cite this article: Sareh Rasaei, Iraj Safaei Rad, Ahmad Ali Jadidian, Azam Ghavidel, Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Attachment-Based Compassion Therapy on Coping Self-Efficacy in People with Multiple Sclerosis, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P: 31- 42 (in Persian). Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله ای در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

ساره رسائی^۱، ایرج صفائی راد^{۲*}، احمدعلی جدیدیان^۳، اعظم قویدل^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد کنگاور، دانشگاه آزاد اسلامی، کنگاور، ایران.
۴. گروه علوم تربیتی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: ایرج صفائی راد، گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.
ایمیل: i.safaairad@iauh.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۸/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۶/۲۹

چکیده

مقدمه: خودکارآمدی مقابله ای یک عامل مهم در مدیریت استرس و ارتقاء سلامت روانشناختی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن است. با توجه به اهمیت این موضوع این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله ای در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران انجمن ام اس شهر همدان در سال ۱۴۰۳ بودند. ۶۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۲۰ نفر)، آزمون ۲ (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده ها از مقیاس خودکارآمدی مقابله ای استفاده شد. طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی طی ۸ جلسه برای گروه های مداخله به صورت گروهی اجرا شد. تحلیل داده ها به روش تحلیل کواریانس اندازه گیری مکرر انجام شد.

یافته ها: نتایج مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه های طرحواره درمانی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین بین گروه های شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما بین دو گروه درمانی طرحواره درمانی و شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=1/00$) در واقع هر دو مداخله اثر یکسانی در افزایش خودکارآمدی مقابله ای در بیماران ام اس داشته است.

نتیجه گیری: در مجموع می توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی هر دو اثرات یکسانی بر افزایش خودکارآمدی مقابله ای بیماران ام اس داشته اند.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی، شفقت، دلبستگی، خودکارآمدی، مقابله، مالتیپل اسکلروزیس.

مقدمه

به التهاب و آسیب عصبی می شود. این اختلال در انتقال سیگنال های عصبی اختلال ایجاد می کند و طیف وسیعی از علائم جسمی، حسی و شناختی را ایجاد می کند (۱). علائم رایج شامل خستگی، ضعف عضلانی، مشکلات بینایی، اختلال در هماهنگی، بی حسی و مشکلات تعادل و تحرک است (۲). ام اس همچنین می تواند به دلیل غیرقابل

مالتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری خودایمنی مزمن و پیشرونده است که سیستم عصبی مرکزی، از جمله مغز و نخاع را تحت تأثیر قرار می دهد. این بیماری زمانی رخ می دهد که سیستم ایمنی به اشتباه به غلاف میلین محافظ پوشاننده نورون های عصبی حمله می کند و منجر

بیشتری دارند. این باور به آن‌ها کمک می‌کند تا بدون احساس غرق شدن یا درماندگی با موقعیت‌های دشوار روبرو شوند. از سوی دیگر، خودکارآمدی مقابله‌ای پایین می‌تواند منجر به اجتناب، اضطراب و احساس از دست دادن کنترل شود و علائم را بدتر کند (۱۱). تقویت مهارت‌های مقابله، سلامت روان را بهبود می‌بخشد و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد. تکنیک‌هایی مانند درمان شناختی-رفتاری، ذهن آگاهی و آموزش مدیریت استرس می‌توانند مهارت‌های مقابله‌ای را تقویت کنند (۱۲).

طرحواره درمانی نوعی روان‌درمانی تلفیقی است که عناصری از رویکردهای شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت و روان‌پوشی را برای پرداختن به الگوهای عاطفی ریشه‌دار به نام «طرحواره» ترکیب می‌کند. طرحواره‌ها، باورها و خاطرات اصلی شکل گرفته در دوران کودکی هستند که بر نحوه تفکر، احساس و رفتار افراد در بزرگسالی تأثیر می‌گذارند (۱۳). برای افرادی که با بیماری‌های مزمن یا چالش‌های روانی مواجه هستند، طرحواره‌های ناسازگارانه مانند درماندگی، شکست یا آسیب‌پذیری می‌توانند خودکارآمدی را کاهش داده و منجر به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه شوند (۱۴)؛ تحقیقات نشان می‌دهد که طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا این الگوهای ناسالم را شناسایی، به چالش بکشند و اصلاح کنند. با بازسازی باورهای منفی، افراد حس کنترل و اعتماد به نفس قوی‌تری در توانایی خود برای مقابله با استرس و چالش‌های زندگی ایجاد می‌کنند. این فرآیند مستقیماً خودکارآمدی را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود که آن‌ها به جای اجتناب یا نشخوار فکری، از راهبردهای مقابله‌ای سالم مانند حل مسئله و تنظیم هیجان استفاده کنند (۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره درمانی در بهبود تاب‌آوری، کاهش پریشانی هیجانی و تقویت مقابله سازگارانه مؤثر است (۱۶). منصورزاده و همکاران در یک کارآزمایی بالینی نشان دادند که طرحواره درمانی بر اضطراب، افسردگی بیماران مبتلا به ام اس مؤثر بوده است اما در مقابل بر خستگی، کیفیت زندگی و خواب بیماران تأثیری نداشته است (۱۷). حیاتی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی بافتاری بر حساسیت بین‌فردی و خودکارآمدی مقابله‌ای دخترهای نوجوان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است (۱۸). همچنین حیدری و همکاران در پژوهشی نشان دادند که طرحواره درمانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی زنان

پیش‌بینی بودن و پیشرفت بیماری، منجر به چالش‌های هیجانی و روانی مانند اضطراب و افسردگی شود. این علائم اغلب در عملکرد روزانه، عملکرد کاری و روابط اجتماعی اختلال ایجاد می‌کنند. در نتیجه، افراد ممکن است کاهش استقلال و افزایش وابستگی به مراقبان را تجربه کنند (۳). ماهیت مزمن ام اس باعث ایجاد استرس و عدم اطمینان مداوم می‌شود و بر بهزیستی روانشناختی تأثیر می‌گذارد. در نهایت، ام اس با تأثیر بر سلامت جسمی و تاب‌آوری روانشناختی، کیفیت زندگی را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (۴).

استرس نقش مهمی در ام اس ایفا می‌کند زیرا می‌تواند با افزایش التهاب و تضعیف تنظیم سیستم ایمنی، باعث عود بیماری شود (۵). هنگامی که فرد مبتلا به ام اس سطح بالایی از استرس را تجربه می‌کند، افزایش کورتیزول می‌تواند تعادل ایمنی را مختل کرده و به طور بالقوه به بافت عصبی آسیب بیشتری برساند (۶). تحقیقات نشان داده است که وقایع استرس‌زای زندگی ممکن است قبل از عود بیماری ام اس رخ دهند، و مدیریت استرس را به بخش کلیدی درمان تبدیل می‌کند (۷). استرس مزمن همچنین می‌تواند منجر به خستگی، خواب نامناسب و افسردگی شود که همگی علائم ام اس را تشدید می‌کنند. با کاهش استرس، افراد مبتلا به ام اس ممکن است به کاهش خطر عود بیماری و بهبود کیفیت زندگی خود کمک کنند (۸). مقابله کارآمد با استرس‌ها همچون تکنیک‌هایی مانند ذهن آگاهی، مدیتیشن، تنفس عمیق و ورزش ملایم می‌تواند به مدیریت مؤثر استرس کمک کنند. گروه‌های حمایتی و درمان نیز تسکین عاطفی و استراتژی‌های مقابله‌ای را ارائه می‌دهند (۹).

مقابله با استرس برای افراد مبتلا به ام اس بسیار مهم است زیرا استرس می‌تواند باعث عود بیماری، تشدید علائم و تأثیر منفی بر سلامت روان آن‌ها شود. بیماری ام اس از قبل فشار جسمی و عاطفی بر بدن وارد می‌کند و استرس مدیریت نشده می‌تواند التهاب و خستگی را افزایش دهد و منجر به پیشرفت سریع‌تر بیماری شود (۶). خودکارآمدی مقابله‌ای به باور فرد به توانایی خود در مقابله با استرس و مدیریت مؤثر چالش‌ها اشاره دارد (۱۰). وقتی افراد مبتلا به ام اس خودکارآمدی مقابله‌ای بالایی دارند، در استفاده از استراتژی‌هایی مانند حل مسئله، آرامش و جستجوی حمایت برای مقابله با استرس، اعتماد به نفس

مبتلا به ام اس پرداختند مؤثر بوده است (۱۹).

درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی یک رویکرد روانشناختی است که اصول نظریه دلبستگی را با تکنیک‌های متمرکز بر شفقت ادغام می‌کند تا سلامت عاطفی و روابط را بهبود بخشد. هدف آن درمان الگوهای دلبستگی ناایمن با تقویت احساس امنیت، اعتماد و شفقت به خود است. بسیاری از افراد دارای دلبستگی ناایمن با خودانتقادی، ترس از طرد شدن و دشواری در تنظیم هیجان دست و پنجه نرم می‌کنند که می‌تواند خودکارآمدی آن‌ها را کاهش داده و منجر به استراتژی‌های مقابله‌ای ناکارآمد شود (۲۰). تحقیقات نشان می‌دهد که درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی به افراد کمک می‌کند تا صدای درونی مهربان‌تر و حمایت‌کننده‌تری ایجاد کنند و شرم و سرزنش خود را کاهش دهند. با تقویت دلبستگی ایمن در درون خود و با دیگران، افراد اعتماد به نفس بیشتری در توانایی خود برای مقابله با استرس و چالش‌ها به دست می‌آورند (۲۱). افزایش خودکارآمدی، استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای سالم مانند جستجوی حمایت اجتماعی و تمرین تنظیم عاطفی را تشویق می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس مؤثر است، در حالی که تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش می‌دهد (۲۲). Nery در پژوهشی به بررسی تاثیر شفقت به خود بر فعالیت بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران ام اس پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که خودشفقت ورزی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران ام اس تاثیر داشت (۲۳). زمانی مزد و همکاران در پژوهشی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت نقش مؤثری بر بهبود کیفیت زندگی و خودکارآمدی داشته است (۲۴). همچنین افشار-زنجانی و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر خودکارآمدی و درمان متمرکز بر شفقت، تأثیر مثبتی بر افسردگی، رفتارهای خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته است. با این حال، درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی نسبت به آموزش مبتنی بر خودکارآمدی مؤثرتر بوده است (۲۵).

مقایسه طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله در افراد مبتلا به ام اس مهم است زیرا هر دو مداخله، عوامل روانشناختی را هدف

قرار می‌دهند که به شدت بر مدیریت بیماری و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. ام اس یک بیماری مزمن و غیرقابل پیش‌بینی است که اغلب منجر به استرس، پریشانی عاطفی و احساس درماندگی می‌شود (۲). که می‌تواند خودکارآمدی مقابله را کاهش دهد (۱۰). طرحواره درمانی بر شناسایی و تغییر باورهای منفی ریشه‌دار تمرکز دارد، در حالی که درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر التیام زخم‌های دلبستگی و تقویت شفقت به خود کار می‌کند. با مقایسه این رویکردها، محققان می‌توانند تعیین کنند که کدام روش به طور مؤثرتری خودکارآمدی مقابله‌ای را در مدیریت چالش‌های مرتبط با ام اس تقویت می‌کند. این به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا مناسب‌ترین مداخله را برای بهبود مقابله سازگارانه انتخاب کنند. علاوه بر این، درک تفاوت‌های آنها، بینشی در مورد مکانیسم‌های بهبود مقابله، مانند بازسازی شناختی در طرحواره درمانی در مقابل تسکین عاطفی در درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی، ارائه می‌دهد. چنین تحقیقاتی همچنین به مراقبت شخصی کمک می‌کند، زیرا برخی از بیماران ممکن است از یک رویکرد بیشتر از دیگری سود ببرند. در در نهایت، مقایسه این دو روش درمانی به برنامه‌ریزان و متخصصان بالینی در طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی به منظور ارتقاء سلامت روان افراد مبتلا به ام اس کمک می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله‌ای در افراد مبتلا به ام اس انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به ام اس، در بازه زمانی دو ماهه (خرداد و تیر) ۱۴۰۳ شهر همدان بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۲۰ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند از مرکز انجمن ام اس شهر همدان انتخاب و در سه گروه آزمون ۱ (۲۰ نفر)، آزمون ۲ (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل اعلام آمادگی

ساره رسائی و همکاران

می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات در محدوده صفر الی ۲۶۰ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله مؤثر و مدیریت بحران‌ها و چالش‌های زندگی است (۲۶). Chesney و همکاران (۲۰۰۶) ضریب همسانی درونی سوالات را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش نمودند. همچنین روایی آن را به روش تحلیل عاملی تاییدی مطلوب بدست آوردند (۲۶). بهرامیان و همکاران در سال ۱۳۹۶ در نمونه ایرانی در تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل استخراج کردند که ۶۱/۸۴ درصد از واریانس مشترک نمرات را تبیین کردند. همچنین، ضرایب پایایی عوامل مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد (۲۷).

مداخله‌ها

۱- **طرحواره درمانی (Schema Therapy):** این درمان بر اساس پروتکل Young و همکاران در سال ۲۰۰۶ ارائه شده است (۲۸). این مداخله به صورت گروهی به صورت هفتگی در هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه جلسات طرحواره درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه	شرح جلسه
اول	آشنایی و معارفه: پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی می‌شود. سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی
دوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۱): شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو می‌شود.
سوم	آشنایی با مفاهیم طرحواره درمانی (۲): تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده می‌شود.
چهارم	سنجش و آموزش طرحواره‌ها: مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شود، نیازهای هیجانی ارضا نشده آن‌ها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شود.
پنجم	شروع فرآیند تغییر طرحواره‌ها: برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده شود.
ششم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۱): تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها آموزش داده شود.
هفتم	فرآیند تغییر طرحواره‌ها (۲): رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شود.
هشتم	جمع‌بندی و مرور: مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گیرد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شود. اجرای پس آزمون‌ها و ختم جلسات.

به صورت هفتگی در هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصه جلسات درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی در جدول ۲ ارائه شده است

برای شرکت در پژوهش، داشتن بیماری ام اس با تشخیص پزشکی در پرونده، تایید پزشک نورولوژیست با بررسی ام آرآی بیمار، توانایی خواندن و نوشتن، عدم سابقه اختلالات روانشناختی بر اساس نظر متخصص، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل بود. معیارهای خروج هم عبارتند از: غیبت بیش از دو جلسه در دوره درمان، دریافت درمان دارویی یا غیردارویی خارج از پژوهش (مصرف خودسرانه یا حتی با تجویز روانپزشک)، وجود هرگونه بیماری نورولوژیک دیگر، ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تمایل نداشتن بیمار برای ادامه همکاری در پژوهش بود.

جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای (Coping Self-Efficacy Scale; CSES) استفاده شد؛ این مقیاس یک ابزار خودگزارشی پرکاربرد است که برای ارزیابی خودکارآمدی مقابله‌ای توسط Chesney و همکاران در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (۲۶). این مقیاس دارای ۲۶ سوال است و بر اساس مقیاس درجه‌بندی صفر الی ده از اصلا موافق نیستم الی کاملاً موافق هستم نمره‌گذاری

۲- **درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی (Attachment-Based Compassion Therapy):** این درمان بر اساس پروتکل Campus و همکاران در سال ۲۰۲۰ ارائه شده است (۲۹). این مداخله به صورت گروهی

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان شفقت‌ورزی مبتنی بر دلبستگی

جلسه	شرح جلسه
اول	آماده سازی شفقت، جنبه های نظری آموزش مغز، شادی و خرسندی و رنج کشیدن، مفهوم کلی از شفقت، خود مشفق و حذف باورهای اشتباه، آموزش تمرینات ذهنآگاهی همچون تنفس و اسکن بدن مشفق، تمرینهای رسمی همچون تنفس و اسکن بدن مشفقانه، مقابله مشفقانه با مشکلات، تمرین های غیررسمی همچون سه دقیقه تمرین مشفقانه، دفتر خاطرات خود مشفق، دوست داشتن و تشکر کردن.
دوم	عزت نفس (محترم شمردن خود) و شفقت، ذهن آگاهی و شفقت، تفاوت با عزت نفس، چگونگی مدیریت و مقابله با ترس از شفقت، تمرین برای شفقت با دیگران و تلاش برای ایجاد احساس امنیت به سمت خود.
سوم	گسترش دنیای شفقت خود، مکانیسم عمل شفقت، اهمیت جایگزینی خودانتقادی با خود مشفق، گسترش عنصر اصلی شفقت به عنوان شکلی از دلبستگی ایمن، جایگزین کردن صدای انتقادی با صدایی قابل تحمل و مهربان، اهمیت پذیرش در زندگی.
چهارم	روابط و شفقت، الگوهای والدینی در طول کودکی، فهم اینکه روابط با والدین، روش های متفاوتی از ارتباط با جهان و دیگران را بوجود می آورد، آگاه شدن از پیوند عاطفی پرورش یافته از سوی والدین در طول دوران کودکی، همچنین پیامدهای آن بر عملکردهای عاطفی و ظرفیت ما در بزرگسالی، ما را به دریافت محبت و لطف دیگران قادر می سازد.
پنجم	کار بر روی خودشان، بازسازی مدل دلبستگی ایمن، اصلاح ارتباط با خودشان و با دیگران بوسیله مهربانی، تمرین کردن شیوه های آگاه شدن از توانایی های خود با محبت کردن به دیگران و خودشان، مصالحه با والدین.
ششم	شفقت پیشرفته، بخشیدن موانع متداول بر شفقت، اهمیت بخشش به خود و دیگران، بخشش از طریق مراقبه: (۱) درخواست بخشش از دیگران، (۲) بخشیدن خود، (۳) بخشیدن دیگران برای اشتباهات مورد قبول عامه، فعال سازی ارزش هایی برای کاهش درد و رنج.
هفتم	شفقت پیشرفته، غبطه خوردن و توسعه اهمیت مدل دلبستگی مبتنی بر خود، چگونگی مدیریت ارتباطات مختلف، تلاش برای فهم درد و رنج دیگران به منظور گسترش شفقت کارکردی در زندگی روزمره.
هشتم	فرستادن شفقت به سمت دیگران، خونسردی و منانت، یک جنبه مفید از تمرین و رفتار شفقت، چگونه تمرینات شفقت در سراسر زندگی حفظ شود، تمریناتی برای ایجاد خونسردی (ما همه مثل هم هستیم، در وهم و خیال طبقات، حق شناسی)، حفظ و نگهداری شفقت به خود و دیگران.

تحلیل داده ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد؛ در بخش توصیفی شاخص های گرایش مرکزی گزارش شدند و در بخش استنباطی از آزمون آماری تحلیل کواریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه در هر یک از گروه ها ۲۰ نفر مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه طرحواره درمانی ($34/35 \pm 8/30$)، درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی ($36/45 \pm 8/05$) و گروه کنترل ($34/60 \pm 5/96$) تقریباً مشابه بود. از نظر جنسیت در گروه طرحواره درمانی ۱۵ نفر (۷۵ درصد) زن و ۵ نفر (۲۵ درصد) مرد بودند؛ درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی ۱۳ نفر (۶۵ درصد) زن و ۷ نفر (۳۵ درصد) مرد بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۱۲ نفر (۶۰ درصد) زن و ۸ نفر (۴۰ درصد) مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه طرحواره درمانی ۷ نفر سیکل، ۵ نفر دیپلم، ۴ نفر کارشناسی، ۳ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دارای تحصیلات دکتری بود؛ در گروه درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی ۴ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۱۱ نفر کارشناسی، ۱ نفر کارشناسی ارشد و ۱ نفر دارای تحصیلات دکتری بود؛ همچنین در گروه کنترل ۵ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۹ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بود. از نظر وضعیت تاهل در گروه طرحواره درمانی ۱۴ نفر (۷۰ درصد) مجرد و ۶

پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه، به مراکز مربوطه مراجعه شد و توضیحاتی در مورد هدف و روند اجرای پژوهش ارائه شد. به این صورت که از جامعه مذکور، افراد مبتلا به ام اس که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند، فراخوانده شد؛ ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند، و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۲۰ نفر)، گروه آزمایش ۲ (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای هر سه گروه پیش آزمون اجرا شد، سپس، طرح مداخلات درمانی برای گروه های آزمایش اجرا شد، اما برای گروه کنترل، هیچ گونه مداخله ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه های آزمایش، پس آزمون (پرسشنامه های پژوهش) برای هر سه گروه اجرا شد و دو ماه بعد مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده ها استفاده می شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین این مطالعه دارای تایید اخلاقی با شناسه IR.IAU.B.REC.1403.11 بوده است.

ساره رسائی و همکاران

۱۱ نفر (۵۵ درصد) متاهل بودند. در جدول ۳ شاخص های گرایش مرکزی متغیر خودکارآمدی مقابله ای و نرمال بودن توزیع داده ها ارائه شده است.

نفر (۳۰ درصد) متاهل بودند؛ درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی ۱۲ نفر (۶۰ درصد) مجرد و ۸ نفر (۴۰ درصد) متاهل بودند؛ همچنین در گروه کنترل ۹ نفر (۴۵ درصد) مجرد و

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیر خودکارآمدی مقابله ای به تفکیک گروه ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	آماره	معناداری
پیش آزمون	طرحواره درمانی	۸۸/۷۵	۱۸/۹۳	۰/۹۶	۰/۵۷	
	شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی	۸۵/۹۰	۲۱/۳۹	۰/۹۹	۰/۹۹	
	کنترل	۸۱/۳۰	۲۴/۹۳	۰/۹۵	۰/۴۹	
پس آزمون	طرحواره درمانی	۱۳۱/۲۵	۲۰/۰۶	۰/۹۵	۰/۳۹	
	شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی	۱۴۱/۱۰	۲۲/۲۵	۰/۹۷	۰/۸۱	
	کنترل	۸۲/۱۵	۲۵/۴۴	۰/۹۵	۰/۴۱	
پیگیری	طرحواره درمانی	۱۳۰/۸۵	۲۳/۴۸	۰/۹۳	۰/۱۵	
	شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی	۱۴۳/۸۵	۲۰/۵۲	۰/۹۹	۰/۹۹	
	کنترل	۸۰/۷۰	۲۴/۱۸	۰/۹۴	۰/۲۰	

معناداری است و سایر آماره ها در این شرایط برای رد و تایید فرضیه اعتبار کافی ندارند. نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر خودکارآمدی مقابله ای ($W=0/66, P=0/01$) معنادار است، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و با توجه به اینکه اپسیلون $Greenhouse-Geisser$ ($0/74$) است، از این تصحیح برای گزارش F استفاده می شود. با توجه به برقراری پیش فرض ها و رعایت ملاحظات در گزارش آماره چندمتغیره و اصلاح اپسیلون از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله ها در مراحل سنجش و مقایسه گروه ها استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

در جدول ۳ نتایج نشان می دهد که گروه های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر خودکارآمدی مقابله ای داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه ها دارای توزیع نرمال است ($P>0/05$)؛ بر این اساس می توان از آزمون های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس ها در متغیر خودکارآمدی مقابله ای در پیش آزمون ($F=2/13, P=0/12$)، پس آزمون ($F=0/79, P=0/45$) و پیگیری ($F=0/66, P=0/51$) همگون بود؛ نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها ($P=0/01$)، در حالت چندمتغیره برقرار نبود ($P<0/05$)؛ بر این اساس در این شرایط اثرپیلای در آزمون چندمتغیره مرجع

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیر خودکارآمدی مقابله ای

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۲	۱۲۸/۲۸	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۱۲۸/۲۸	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	اثر هتلینگ	۴/۵۸	۱۲۸/۲۸	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	بزرگترین ریشه روی	۴/۵۸	۱۲۸/۲۸	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۸۲	۱

در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان ($F=128/28, P=0/01$)، $F=0/82$ (ثریلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متن میکس آنوا برای خودکارآمدی مقابله ای در سه مرحله اندازه گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۴۳۵۶۲/۷۰	۱/۵۰	۲۹۱۰۵/۳۹	۱۶۰/۶۳	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
زمان*گروه	۲۳۰۶۹/۳۷	۲/۹۹	۷۷۰۶/۶۳	۴۲/۵۳	۰/۰۱	۰/۶۰	۱
خطا	۱۵۴۵۸/۶۰	۸۵/۳۱	۱۸۱/۲۰				
بین گروهی	۶۱۸۶۱/۷۳	۲	۳۰۹۳۰/۸۶	۲۱/۳۲	۰/۰۱	۰/۴۳	۱

روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که بین گروه ها در متغیر خودکارآمدی مقابله ای ($P=0/01$)، $F=21/32$ ، $\eta^2=0/43$ تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر خودکارآمدی مقابله ای

مراحل سنجش		طرحواره درمانی		شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی		کنترل	
پیش آزمون	پس آزمون	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۴۲/۵۰	۰/۰۱	۵۵/۲۰	۰/۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
پیش آزمون	پیگیری	۴۲/۱۰	۰/۰۱	۵۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
پس آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۱/۰۰	۲/۷۵	۰/۸۱	۱/۴۵	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی		طرحواره درمانی * کنترل		شفقت ورزی * کنترل		طرحواره درمانی * شفقت ورزی	
اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
۳۵/۵۷	۰/۰۱	۴۲/۲۳	۰/۰۱	۶/۶۷	۱/۰۰		

بین دو گروه درمانی طرحواره درمانی و شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=1/00$) در واقع هر دو مداخله اثر یکسانی در افزایش خودکارآمدی مقابله ای در بیماران مالتیپل اسکلروزیس داشته است.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله ای در افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام اس) انجام شد. یافته اول نشان داد که طرحواره درمانی بر خودکارآمدی مقابله ای در افراد مبتلا به ام اس اثر داشت؛ این یافته با پژوهش های عبدالصمد و همکاران (۱۶)، منصورزاده و همکاران (۱۷)، حیاتی و همکاران (۱۸) و حیدری

نتایج جدول فوق گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)، اما در مقابل نشان داد که در گروه های درمانی نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ($P<0/05$)؛ اما بین نمرات پس-آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه های درمانی از پس آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می توان گفت که هر دو درمان به طور معنادار در طول زمان باعث افزایش خودکارآمدی مقابله ای شده اند. نتایج آزمون بن-فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه های طرحواره درمانی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معناداری وجود دارد؛ همچنین بین گروه های شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما

طریق روابط درمانی و شیوه‌های دلسوزانه، افراد به خود و دیگران اعتماد می‌کنند. این پایه عاطفی حمایتی، توانایی آنها را در تنظیم استرس و مقابله با عدم قطعیت افزایش می‌دهد (۲۲). علاوه بر این، درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی پذیرش محدودیت‌های شخصی را ترویج می‌دهد و در عین حال استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارانه را تشویق می‌کند. همانطور که بیماران مراقبت از خود دلسوزانه را درونی می‌کنند، به ظرفیت خود برای مواجهه با چالش‌ها اعتماد بیشتری پیدا می‌کنند (۳۰). با گذشت زمان، این فرآیند انعطاف‌پذیری روانشناختی را بهبود می‌بخشد و افراد را قادر می‌سازد تا مشکلات مربوط به بیماری را به طور مؤثرتری مدیریت کنند. در نهایت، درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی هم بهزیستی روانشناختی و هم خودکارآمدی مقابله‌ای را تقویت می‌کند.

یافته سوم نشان داد که مداخلات طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی اثر یکسانی بر خودکارآمدی مقابله‌ای در افراد مبتلا به ام اس داشته‌اند؛ در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که این دو مداخله را مورد مقایسه قرار داده باشند؛ بر این اساس امکان مقایسه همسویی یا عدم همسویی یافته حاضر با مطالعات قبلی وجود ندارد. در تبیین می‌توان بیان نمود که طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی ممکن است تأثیر یکسانی بر خودکارآمدی مقابله داشته باشند، زیرا هر دو مداخله، عوامل روانشناختی اصلی را که بر نحوه مدیریت استرس و چالش‌های مرتبط با بیماری در افراد تأثیر می‌گذارند، هدف قرار می‌دهند. طرحواره درمانی بر شناسایی و بازسازی باورهای ناسازگار و الگوهای عاطفی که باعث ایجاد احساس درماندگی یا ناکافی بودن می‌شوند، تمرکز دارد (۱۷). به طور مشابه، درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی، دلبستگی ناایمن و خودانتقادی را مورد توجه قرار می‌دهد و حس ایمنی، عزت نفس و تنظیم عاطفی را تقویت می‌کند (۲۱). علیرغم مبانی نظری متفاوت، هر دو درمان با هدف تقویت منابع درونی و ترویج روش‌های سالم‌تر ارتباط با خود و دیگران انجام می‌شوند. همانطور که افراد استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارتر و ادراک خود را توسعه می‌دهند، اعتماد به نفس آنها در مدیریت موقعیت‌های دشوار بهبود می‌یابد. هر دو رویکرد همچنین بر بهبود تنظیم هیجان و خودآگاهی تأکید دارند که برای مقابله با بیماری‌های مزمن مانند ام اس بسیار مهم هستند.

و همکاران (۱۹) همسو است. در تبیین می‌توان بیان نمود که طرحواره درمانی می‌تواند در بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای مؤثر باشد، زیرا طرحواره‌های ناسازگار ریشه‌داری را هدف قرار می‌دهد که به طور منفی بر نحوه درک افراد از خود و توانایی آنها در مقابله با چالش‌ها تأثیر می‌گذارند. در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام اس، این طرحواره‌ها ممکن است به صورت احساس درماندگی، آسیب‌پذیری یا عدم کنترل بر بیماری ظاهر شوند. طرحواره درمانی با شناسایی و بازسازی این باورهای اصلی، به بیماران کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و عاطفی سالم‌تری را توسعه دهند (۱۶). این فرآیند حس عاملیت و اعتماد به نفس آنها را در مدیریت عوامل استرس‌زای مرتبط با بیماری افزایش می‌دهد. علاوه بر این، طرحواره درمانی تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی را ادغام می‌کند و به افراد اجازه می‌دهد تا استراتژی‌های مقابله‌ای جدید را در یک محیط حمایتی تمرین کنند (۱۹). با جایگزینی پاسخ‌های ناسازگار با پاسخ‌های سازگار، بیماران توانایی‌های تنظیم هیجانی و حل مسئله بیشتری را تجربه می‌کنند. این امر منجر به افزایش باور به توانایی آن‌ها در مواجهه مؤثر با مشکلات می‌شود. با گذشت زمان، این تغییرات باعث تقویت تاب‌آوری و مکانیسم‌های مقابله پایدار می‌شود. در نهایت، طرحواره درمانی به بیماران این قدرت را می‌دهد که نقش فعال‌تری در درمان و چالش‌های زندگی روزمره خود داشته باشند (۱۸).

یافته دوم نشان داد که درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی بر خودکارآمدی مقابله‌ای در افراد مبتلا به ام اس اثر داشت؛ این یافته با پژوهش‌های Nery (۲۳)، زمانی مزد و همکاران (۲۴) و افشار-زنجانی و همکاران (۲۵) همسو است. در تبیین می‌توان بیان نمود که درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی می‌تواند در افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای مؤثر باشد، زیرا بر بهبود الگوهای دلبستگی ناایمن و تقویت حس امنیت و ارتباط عاطفی تمرکز دارد. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام اس اغلب احساس انزوا، ترس و پریشانی عاطفی را تجربه می‌کنند که می‌تواند اعتماد به نفس آن‌ها را در مدیریت بیماری تضعیف کند (۲۴). درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی با آموزش بیماران برای پاسخ دادن به مبارزات خود با مهربانی به جای انتقاد از خود یا ناامیدی، به آنها کمک می‌کند تا شفقت خود را توسعه دهند. با تقویت دلبستگی ایمن از

استفاده شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی اثر یکسانی بر خودکارآمدی مقابله‌ای در افراد مبتلا به ام اس داشته‌اند. این نشان می‌دهد که هر دو مداخله، علیرغم مبانی نظری و تکنیک‌های درمانی متفاوتشان، به مکانیسم‌های روانشناختی کلیدی دخیل در مقابله با ماهیت مزمن و غیرقابل پیش‌بینی ام اس می‌پردازند. طرحواره درمانی، با تمرکز بر شناسایی و بازسازی الگوهای شناختی و عاطفی ناسازگار، و درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی، که بر تقویت شفقت به خود و پیوندهای ارتباطی ایمن تأکید دارد، هر دو به نظر می‌رسد اعتماد به نفس بیماران را در توانایی خود در مدیریت عوامل استرس‌زا و چالش‌های مرتبط با بیماری تقویت می‌کنند. این نتایج، انعطاف‌پذیری متخصصان بالینی را در انتخاب مداخلات متناسب با نیازها، ترجیحات و زمینه‌های درمانی هر بیمار برجسته می‌کند و نشان می‌دهد که هر دو رویکرد می‌توانند به عنوان مسیری ارزشمند برای بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای و عملکرد انطباقی در این جمعیت عمل کنند.

سیاسگذاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی نویسنده اول است. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آوریم.

تضاد منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، حجم نمونه نسبتاً کوچک است که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به جمعیت وسیع‌تری از بیماران ام اس کاهش دهد. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که می‌تواند باعث سوگیری انتخاب و محدود شدن جامعیت نمونه شود. سنجش خودگزارشی، مانند مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای، ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی یا گزارش‌دهی نادرست نیز قرار گیرد. علاوه بر این، دوره پیگیری دو ماهه نسبتاً کوتاه است و ارزیابی اثرات بلندمدت مداخلات را دشوار می‌کند. تحقیقات آینده باید با نمونه‌ای بزرگتر و متنوع‌تر انجام شوند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جمعیت وسیع‌تر بیماران ام اس بهبود یابد. روش‌های نمونه‌گیری تصادفی باید برای کاهش سوگیری انتخاب و اطمینان از یک گروه شرکت‌کننده‌ی نماینده‌تر استفاده شود. علاوه بر این، گنجاندن معیارهای عینی، در کنار ابزارهای خودگزارشی، می‌تواند اثرات سوگیری گزارش‌دهی را به حداقل برساند. افزایش دوره پیگیری به محققان این امکان را می‌دهد تا اثربخشی و پایداری بلندمدت مداخلات را ارزیابی کنند. در نهایت، کنترل عوامل خارجی مانند مصرف دارو و شدت بیماری، درک واضح‌تری از تأثیر واقعی درمان‌ها ارائه می‌دهد. با توجه به اینکه هم طرحواره درمانی و هم درمان شفقت ورزی مبتنی بر دلبستگی در افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای در بیماران ام اس به یک اندازه مؤثر بودند، ارائه دهندگان خدمات درمانی می‌توانند بر اساس ترجیحات بیمار و منابع موجود، هر یک از این رویکردها را انتخاب کنند. ادغام این روش‌های درمانی در مراقبت‌های معمول ممکن است به بیماران در توسعه مهارت‌های مقابله‌ای قوی‌تر کمک کند. ارائه جلسات گروهی همچنین می‌تواند دسترسی و مقرون به صرفه بودن را در محیط‌های بالینی افزایش دهد؛ بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی از این دو مداخله به شیوه گروهی برای بهبود خودکارآمدی مقابله‌ای این بیماران

Reference

- Ahmadi SS, Afsharzada MS, Saadat S, Karimian F. The relationship between interpersonal sensitivity and relational aggression with the mediating role of resilience in married people with multiple sclerosis. *Romanian Journal of neuRology*. 2024;23(1):35. <https://doi.org/10.37897/RJN.2024.1.6>
- Hosseininezhad M, Saadat S, Younesi Roštami F, Zare R, Bonyad A, Qanbary Joopish M, Shafae F. The Feasibility of Telephone-delivered Self-management Intervention in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2025;11(1):77-86. <https://doi.org/10.32598/CJNS.11.40.99.6>

3. Leavitt VM, Dworkin JD, Kalina T, Ratzan AS. Sex differences in brain resilience of individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2024;87:105646. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105646>
4. Bakhshayesh Eghbali B, Hosseini-Nejad M, Saadat S, Babae M, Eyvani K, Kohandel K, Shabani Chobe M. The Role of Sensory Processing Sensitivity and Self-management on Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2025;11(1):67-76. <https://doi.org/10.32598/CJNS.11.40.544.1>
5. Ramos-González EJ, Bitzer-Quintero OK, Ortiz G, Hernández-Cruz JJ, Ramírez-Jirano LJ. Relationship between inflammation and oxidative stress and its effect on multiple sclerosis. *Neurologia*. 2024;39(3):292-301. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.10.003>
6. Woo MS, Mayer C, Binkle-Ladisch L, Sonner JK, Rosenkranz SC, Shaposhnykov A, Rothhammer N, Tsvilovsky V, Lorenz SM, Raich L, Bal LC. STING orchestrates the neuronal inflammatory stress response in multiple sclerosis. *Cell*. 2024;187(15):4043-60. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2024.05.031>
7. Bonavita S, Sparaco M, Russo A, Borriello G, Lavorgna L. Perceived stress and social support in a large population of people with multiple sclerosis recruited online through the COVID-19 pandemic. *European journal of neurology*. 2021;28(10):3396-402. <https://doi.org/10.1111/ene.14697>
8. Novak AM, Lev-Ari S. Resilience, stress, well-being, and sleep quality in multiple sclerosis. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(2):716. <https://doi.org/10.3390/jcm12020716>
9. Kołtuniuk A, Kazimierska-Zajac M, Cisek K, Chojdak-Lukasiewicz J. The role of stress perception and coping with stress and the quality of life among multiple sclerosis patients. *Psychology research and behavior management*. 2021;18:805-15. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S310664>
10. Fathi J, Pawlak M, Kruk M, Naderi M. Modelling boredom in the EFL context: an investigation of the role of coping self-efficacy, mindfulness, and foreign language enjoyment. *Language Teaching Research*. 2023;13621688231182176. <https://doi.org/10.1177/13621688231182176>
11. Mikula P, Nagyova I, Vitkova M, Szilasiova J. Management of multiple sclerosis: the role of coping self-efficacy and self-esteem. *Psychology, health & medicine*. 2018;23(8):964-9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1437277>
12. Bradson ML, Strober LB. Coping and psychological well-being among persons with relapsing-remitting multiple sclerosis: the role of perceived self-efficacy. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2024;84:105495. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2024.105495>
13. van Dijk SD, Veenstra MS, van den Brink RH, van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*. 2023;37(2):233-62. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.262>
14. Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2018;48(4):233-9. <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9390-2>
15. Shahmoradi Z, Khaleghipour S, Masjedi M. Comparing effectiveness of "Schema Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on maladaptive schemas and general health in patients with Vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;7(6):42-52. <http://jhpm.ir/article-1-835-en.html>
16. Abdolsamad N, Torabi A, Amiri H, Mohseninasab Z, Bahadori AJ, Hoseinirad M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Psychological Health*. 2023;17(1):46-59. <https://rph.khu.ac.ir/article-1-4418-en.pdf>
17. Mansourzadeh A, Shaygannejad V, Mirmosayyeb O, Afshari-Safavi A, Gay MC. Effectiveness of Schema Therapy on Anxiety, Depression, Fatigue, Quality of Life, and Sleep in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*. 2024;11(1):1-10. <https://doi.org/10.5812/mejrh-132571>
18. Hayati M, Shehni Yailagh M, Keikhsrovan M. Effects of Contextual Schema Therapy on Interpersonal Sensitivity and Coping Self-Efficacy of Socially Anxious Female

- Adolescents. *Journal of Applied Psychological Research*. 2023;14(1):99-114. https://japr.ut.ac.ir/article_92145.html
19. Heidari M, Mami S, Ahmadi V, Khamooshian K. The effectiveness of schema therapy with cognitive behavioral therapy on self-efficacy and quality of life in women with MS: a clinical trial study. *Journal of Applied Family Therapy*. 2023;4(1):554-70. (In Persian) <https://www.magiran.com/p2583525>
20. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, Garcia-Campayo J. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*. 2020;11(1):51-62. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0896-1>
21. Montero-Marín J, Navarro-Gil M, Puebla-Guedea M, Luciano JV, Van Gordon W, Shonin E, García-Campayo J. Efficacy of “attachment-based compassion therapy” in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;8:307. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00307>
22. Montero-Marin J, Collado-Navarro C, Navarro-Gil M, Lopez-Montoyo A, Demarzo M, Herrera-Mercadal P, Barcelo-Soler A, Garcia-Campayo J. Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*. 2019;9(10):e029909. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029909>
23. Nery MB. Multiple Sclerosis and Wellness: How Self-Compassion Influences Physical Activity and Health-Related Quality of Life. Dissertation for Doctor of Philosophy (Ph.D.). 2016.
24. Zamani Mazdeh R, Grafar A, Davarniya R, Gharmkhani MB. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) in improving quality of life and parental self-efficacy in mothers of autistic children. *Depiction of Health*. 2019;9(4):233-43. <https://doh.tbzmed.ac.ir/Article/doh-233>
25. Afshar-Zanjani H, Khalifesoltani F, Hajjalizadeh K, Ahadi H. Comparison of the Effectiveness of Self-Efficacy-Based Training and Compassion-Focused Therapy on Depression, Self-Care Behaviors, and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *International Journal of Body, Mind & Culture*. 2012; 8(4): 272–281. <https://doi.org/10.22122/ijbmc.v8i4.287>
26. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British journal of health psychology*. 2006;11(3):421-37. <https://doi.org/10.1348/135910705X53155>
27. Bahramian H, Morovati Z, Yousefi Afrashteh, M, amiri, M. Reliability, validity, and factorial analysis of coping self-efficacy scale. *Clinical Psychology and Personality*. 2017; 15(2): 215-26. https://cpap.shahed.ac.ir/article_2830.html?lang=en
28. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner’s guide. guilford press; 2006 Nov 3.
29. Campos D, Navarro-Gil M, Herrera-Mercadal P, Martínez-García L, Cebolla A, Borao L, López-Del-Hoyo Y, Castilla D, Del Río E, García-Campayo J, Quero S. Feasibility of the internet attachment-based compassion therapy in the general population: protocol for an open-label uncontrolled pilot trial. *JMIR Research Protocols*. 2020;9(8):e16717. <https://www.researchprotocols.org/2020/8/e16717>
30. Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, Navarro-Gil M, Gasió V, López-del-Hoyo Y, Luciano JV, Garcia-Campayo J. Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: mediating role of mindfulness and self-compassion. *Mindfulness*. 2020;11(3):816-28. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01302-8>