



فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس رویا بیوک^۱ و مهتاب مروجی^۲

۲۵

دوره ۷، شماره ۱، پاییز ۲۵
تابستان ۱۴۰۳

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۳/۰۲/۱۷
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۳/۰۵/۲۱
صص: ۲۶-۷

شاپا چاپی: ۵۲۲۲-۲۶۷۶



Q4

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس بود. پژوهش حاضر کاربردی از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به ام اس شهر مشهد که به درمانگاه تخصصی مغز و اعصاب شرق ایران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، سپس به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شد. ابزار پژوهش را پرسشنامه‌های پرسشنامه پذیرش بیماری (پکنهام و فلمینگ، ۲۰۱۱) و پرسشنامه خودکارآمدی مقابله (چسنی و همکاران، ۲۰۰۶) استفاده شد. مداخله در این پژوهش به صورت تلفیقی از درمان پذیرش و تعهد (هایز همکاران ۲۰۰۶) و مثبت‌نگری (سلیگمن، ۲۰۰۱) بوده که طی ۹ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته پایپی به صورت گروهی اجرا گردید. براساس تحلیل کوواریانس صورت گرفته شده در نرم‌افزار SPSS مشخص شد که مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است ($P < 0/05$). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری به عنوان یک مداخله موثر برای بیماران مبتلا به ام اس می‌تواند مورد استفاده قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، رویکرد مثبت‌نگری، پذیرش بیماری، خودکارآمدی مقابله، ام اس

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش، ایران.

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی زنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

mhtab078@gmail.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) یک بیماری التهابی پیشرونده مزمن در سیستم عصبی مرکزی^۱ است و عامل اصلی ناتوانی غیرتروماییک در بزرگسالان جوان است (ایاچی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). تظاهرات رایج ام اس عبارتند از درد مزمن (هاریسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۵)، مشکلات حرکتی، کاهش قدرت (آنتائو^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) و بیماری های روانپزشکی مانند اضطراب یا افسردگی (ماری^۵ و همکاران، ۲۰۱۵)، یا مشکلات خواب (برالی و بودرین^۶، ۲۰۱۶). تخمین زده می شود که تعداد افراد مبتلا به ام اس در سراسر جهان به ۲٫۳ میلیون نفر می رسد (کاپیکا و همکاران، ۲۰۱۸).

رسیدن به پذیرش بیماری^۷ در بین بیماران مبتلا به ام اس مسئله مهمی است. پذیرش بیماری فرآیندی است که طی آن بیماران با موقعیت های جدید خود سازگار می شوند و سعی می کنند محدودیت های ناشی از بیماری را بپذیرند (مثلاً بدتر شدن کارایی فیزیکی آنها؛ برتولین^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). این منجر به ادغام شرایط روانی تغییر یافته آنها در سبک زندگی فعلی آنها می شود و افرادی که بیماری خود را می پذیرند با اطمینان بیشتری به آینده نگاه می کنند، امید بیشتری به سلامتی بهتر دارند و احساسات منفی کمتری مرتبط با بیماری را تجربه می کنند (اوبیگلو^۹ و همکاران، ۲۰۱۶؛ اچمانویکز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶). پذیرش بیماری همچنین منجر به اعتماد بیشتر افراد به پرسنل پزشکی و مشارکت بیشتر در فرآیند درمانی می شود. این میزان

۱ central nervous system

۲ Ayache SS,

۳ Harrison, A. M

۴ Antao, L.,

۵ Marrie, R. A.,

۶ Braley, T. J., & Boudreau, E. A.

۷ disease acceptance

۸ Bertolin DC,

۹ Obiegło M

۱۰ Uchmanowicz I

بالاتر پابندی به درمان‌های کاهش دهنده بیماری (کولتانیوک و روزینزاک^۱، ۲۰۲۱)، برای هر دو درمان غیر دارویی (جانکوسکا-پولانسکا^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) و دارویی (جانکوسکا-پولانسکا و همکاران، ۲۰۱۷؛ مارتینو^۳ و همکاران، ۲۰۱۷) اعمال می‌شود. بنابراین، بررسی پذیرش بیماری بخش مهمی از مراقبت کلی از بیمار است.

از طرفی، بیماری مولتیپل اسکلروزیس باعث چندین عامل استرس‌زا می‌شود که همه به روش‌های مختلفی برای مقابله با استرس نیاز دارند (رومر، ساهنل، کوئینگ و زتل^۴، ۲۰۱۶). در پژوهشی، تان-کریستنتو و کیروپولوس^۵ (۲۰۱۵)، به این نتیجه رسیدند که مقابله موثر موثر می‌تواند بر تاب‌آوری، نشانه‌های افسردگی و اضطراب در افرادی با تشخیص بیماری مولتیپل اسکلروزیس نقش موثری داشته باشد. خودکارآمدی مقابله‌ای ساختاری است که توانایی فرد را برای انجام رفتارهای خاص با موفقیت با نتیجه مورد انتظار توصیف می‌کند (بندورا^۶، ۲۰۰۱)، و خودکارآمدی مقابله برای مدیریت بیماری ام‌اس مفید است (ویلسکی و تاسیمسکی^۷، ۲۰۱۶؛ میکولا^۸ و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس تئوری خودکارآمدی، اعتماد بیمار به توانایی مقابله به شیوه‌ای موثر، پیش‌نیاز تغییر رفتار مقابله‌ای است که می‌تواند در طول مداخلات مورد استفاده قرار گیرد (چسنی و همکاران، ۲۰۰۶).

در حال حاضر، هیچ استراتژی توانبخشی یا درمانی جهانی برای مدیریت موفقیت‌آمیز علائم بیماری وجود ندارد (بیر و کسلرینگ^۹، ۲۰۱۴؛ میکولا و همکاران، ۲۰۱۸). در این میان از جمله مداخلات اثربخش برای بسیاری از مشکلات روانشناختی درمان پذیرش و تعهد^{۱۰} است. بر اساس

۱ Koftuniuk, A., & Rosińczuk, J.

۲ Jankowska-Polańska B

۳ Martynow A

۴ Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., & Zettl, U.-K.

۵. Tan-Kristanto,., & Kirooulos,.

۶ Bandura, A.

۷ Wilski, M., & Tasiemski, T.

۸ Mikula, P

۹, S., & Kesselring, J.

۱۰ Acceptance and Commitment Therapy

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌گردد، شامل رفتار منسجم با ارزش‌های انتخابی فرد حتی در حضور تجربیات درونی ناخواسته مانند ناراحتی عاطفی یا تفکر انتقادی است و توسط شش فرآیند تقویت می‌شود (هایز^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گیووانتی و همکاران، ۲۰۲۲). این شش فرآیند شامل این موارد است: (۱) پذیرش - گشودگی به تجربه، (۲) فروپاشی شناختی - مشاهده افکار به جای درک واقعی آنها، (۳) آگاهی از لحظه حال - ذهن آگاهی، (۴) خود به عنوان زمینه - تماس با احساسی از خود که مستمر است و دیدگاه‌های انعطاف‌پذیر، (۵) ارزش‌ها - مسیرهای زندگی معنادار شخصی که آزادانه انتخاب شده‌اند، و (۶) اقدام متعهدانه - اقدام مؤثر مبتنی بر ارزش‌ها ارائه می‌کند (هایز و همکاران، ۲۰۰۶). در این راستا برخی پژوهش‌ها به اثربخش بودن مداخله پذیرش و تعهد برای بسیاری از متغیرهای روانشناختی در بین جامعه غیربالینی و حتی بیماران مبتلا به ام اس اشاره کردند (از جمله؛ افشین و اسدیپور، ۱۴۰۱؛ گیووانتی و همکاران، ۲۰۲۲؛ پاکنهام و گیووانتی، ۲۰۲۴؛ راونهوف^۲ و همکاران، ۲۰۲۳؛ میرمعینی و همکاران، ۱۴۰۰).

از طرفی، غلبه بر مشکلات روانشناختی تجربه شده توسط برخی بیماران را می‌توان با مثبت‌نگری انجام داد (کاندرا^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). استدلال شده است که وقتی فردی از بیماری خطرناکی رنج می‌برد، مراحل روانی مانند عصبانیت، طرد شدن، افسردگی و غم را پشت سر می‌گذارد که با مثبت‌اندیشی و با تمرکز بر تلاش برای حل مشکل موقعیت منفی تجربه شده را می‌توان حل کرد (کاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، الفیکای^۴ (۲۰۱۵) بیان می‌کند که نمی‌توان گذشته را تغییر داد، زیرا گذشته است. آنچه می‌تواند تغییر کند، دیدگاه نسبت به تجربیات گذشته است. می‌توان درس‌هایی آموخت و سپس تغییرات مورد نظر را ایجاد کرد. هدف درمان مثبت‌نگری کمک به افراد برای اصلاح شیوه‌های تفکر منفی است که به دلیل اضطراب، نگرانی و عدم اطمینان در مورد موفقیت یا خودکارآمدی منجر به بدبینی و تردید در حرکت رو به جلو می‌شود. از طریق درمان، انتظار می‌رود که افراد به افرادی تبدیل شوند که

^۱ Hayes SC

^۲ Rauwenhoff, J. C

^۳ Candra, I. W

^۴ Elfiky, I.

سرشار از اعتماد به نفس هستند، اهداف روشنی در زندگی داشته باشند تا بفهمند چه کاری باید انجام شود، انگیزه ایجاد می‌کنند و تفکر گسترده‌ای برای درک یک مشکل دارند (کاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). رویکرد مداخله‌ای مثبت‌نگری یک مداخله درمانی با هدف تقویت لذت، تعامل و معناست. مؤلفه‌های درمان شامل استفاده از نقاط قوت به صورت انطباقی برای مقابله با عوامل استرس‌زا، ابراز قدردانی و تقویت روابط مثبت و معناست (رشید و سلیگمن^۱، ۲۰۱۸). مثبت‌نگری یک تلاش درمانی در روانشناسی مثبت‌گرا برای گسترش دامنه روان درمانی سنتی است. فرض اصلی آن پرداختن به منابع مثبت مراجعان مانند احساسات مثبت، نقاط قوت شخصیت و معنی - علاوه بر درمان علائم - در درمان آسیب شناسی روانی است. تاکید بر منابع مثبت ممکن است نه زمانی که زندگی آسان است، بلکه زمانی که زندگی دشوار است بهترین خدمات را به مراجع ارائه دهد. زیرا مغز انسان برای حضور و پاسخ قوی‌تری به نکات منفی نسبت به مثبت‌ها طراحی شده است (رشید، ۲۰۲۰). در این میان، هارویاما^۲ (۲۰۱۴) نشان داد که مثبت‌نگری بهترین شرایط برای فعال کردن ترشح هورمون شادی است در واقعیت، انجام این کار چالش برانگیزتر از آن چیزی است که به نظر می‌رسد. در یک موقعیت شاد، مثبت‌اندیشی آسان است. چگونه می‌توانیم در مواجهه با شکست یا موقعیت‌های ناراحت‌کننده مثبت فکر کنیم؟ لذا آموزش تمرینات مثبت‌نگری احتمالاً برای این بیماران اثرات بسیاری دارد.

در انتها با توجه به پیامدهای روانشناختی منفی بیماری ام‌اس، ضرورت دارد مداخلات موثر شناسایی و مورد ارزیابی قرار بگیرد. در پژوهش حاضر اثربخشی تلفیقی درمان پذیرش و تعهد و مثبت‌نگری مورد نظر است. اما تاکنون پژوهشی در این راستا انجام نشده است که به دلیل عدم وجود مطالعات منسجم و کافی در این زمینه اهمیت پژوهش حاضر دو چندان می‌گردد. لذا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام‌اس اثربخش است؟

روش

^۱ Rashid, T., & Seligman, M. E. P.

^۲ Haruyama, S.

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و به صورت طرح پژوهش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و با استفاده از طرح دو گروهی همسان با پیش آزمون و پس آزمون صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به ام اس شهر مشهد که به درمانگاه تخصصی مغز و اعصاب شرق ایران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. با توجه به توصیه دلاور (۱۳۹۰) برای روش پژوهش شبه آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر نمونه، حجم نمونه در این پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس بود که به روش نمونه گیری هدفمند با توجه به ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شد، سپس به طور تصادفی در ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شد. گروه آزمایش (۱۵ نفر) که تحت مداخله درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با مثبت‌نگری قرار می‌گیرند، و (۱۵ نفر) از هم‌تاهای گروه‌های آزمایش را گروه کنترل قرار می‌گیرند که آموزشی در خصوص آنها انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: مبتلا به بیماری ام اس برای حداقل ۲ سال، دارای حداقل تحصیلات سیکل، تمایل به شرکت در پژوهش، دارای سن بین ۲۵ تا ۴۵ سال، عدم شرکت در مداخله روانشناختی در طی یک سال گذشته و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، شرکت در مداخلات روانشناختی در طول یک سال گذشته بود. در انتها نتایج آماری با نرم‌افزار SPSS با آزمون تحلیل کوواریانس به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه امید به بهبودی: این پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد و پرسشنامه پذیرش بیماری پرسشنامه پذیرش بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MSAQ) با توجه به پرسشنامه پذیرش و عمل ACT (AAQ) و پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ) توسط پکنهام و فلمینگ^۱ (۲۰۱۱) تنظیم شد. پرسشنامه درد مزمن و جمعیت MS و همین‌طور با توجه به ادبیات گسترده بر توسعه و پالایش پرسشنامه درد مزمن به عنوان یک مقیاس برای پذیرش ACT در نظر گرفته شده است. پرسشنامه CPAQ یک مقیاس اندازه‌گیری مرتبط با پذیرش درد می‌باشد. که دو خرده مقیاس: درگیر شدن در فعالیت که منعکس کننده پیگیری فعالیت‌های زندگی با وجود درد

۱ Pakenham, K. I. & Fleming, M.

و تمایل به درد بازتاب فقدان نسبی تلاش برای جلوگیری و یا کنترل درد مورد سنجش قرار می‌گیرد. نمره کلی به عنوان تجزیه و تحلیل پذیرش درد به عنوان یک ساختار استفاده می‌شود (مک‌کراکن و گوتیرز-مارتینز^۱، ۲۰۱۱). گویه‌های AAQ و CPAQ با انعکاس تجارب زندگی بیماران MS تطبیق داده‌شد. بر این اساس ۲۵ آیتم تهیه گردید و توسط یک هیئت از کارشناسان متخصص ACT و MS مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت؛ در مجموع ۲۰ آیتم توسط هیئت تأیید و پرسشنامه پذیرش مولتی‌پلاس کلروزیس اقباس گردید. گویه‌ها در یک مقیاس ۷ نقطه‌ای (۱ کاملاً غلط و ۷ کاملاً درست) تنظیم شد، نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر بیماری MS می‌باشد. آلفای کرونباخ پرسشنامه MSAQ (N=۱۲۵) ۰/۸۷ بدست آمد (پاکنهایم و فلمینگ، ۲۰۱۱) این پرسشنامه در ایران برای اولین بار اجرا شد. ابتدا نسخه‌ی خارجی پرسشنامه پذیرش MS (MSAQ) به وسیله پژوهشگر ترجمه شد و توسط چند نفر از دانشجویان زبان انگلیسی ویرایش شد. سپس توسط دو تن اساتید گروه روانشناسی دانشگاه شهید مدنی روایی محتوایی پرسشنامه بررسی گردید. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی مقابله

این پرسشنامه توسط چسنی و همکاران^۲ (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس، مقابله مثبت و سازنده را اندازه‌گیری می‌کند، بر اعتماد یک فرد نسبت به توانایی خویش جهت مقابله مؤثر متمرکز بوده و با توجه به نظریه خودکارآمدی بندورا تدوین شده است. نمرات این مقیاس نشان‌دهنده میزان اعتماد فرد برای مقابله مؤثر و مدیریت در بحران‌ها و چالش‌های زندگی است. مقیاس خودکارآمدی دارای ۲۶ ماده و به صورت خودگزارشی است و روش نمره‌گذاری مقیاس مذکور، سه درجه‌ای لیکرتی است. به این صورت که به گزینه‌های (اصلاً نمی‌توانم انجام دهم نمره صفر)، به طور متوسط می‌توانم انجام دهم (نمره بین یک تا پنج) و همیشه می‌توانم انجام دهم (نمره بین ۵ تا ۱۰) داده می‌شود. این پرسشنامه، سه خرده مقیاس را شامل می‌شود که عبارتند از: ۱-توقف هیجان و افکار ناخوشایند، ۲-مقابله مسئله‌مدار و ۳-دریافت حمایت از

^۱ McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O.

^۲ Chesney, M. A.

خانواده و دوستان، است. در پژوهش حاضر از نمره کل پرسشنامه استفاده شده است. چسبی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های وقف هیجان و افکار ناخوشایند، مقابله مسئله‌مدار و دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۹۱ گزارش نمودند. همچنین، روایی آن را به روش تحلیل عامل تأییدی مطلوب گزارش شد. در تحقیقی که مروتی و همکاران (۲۰۱۹) صورت گرفت، روایی سازه پرسشنامه با استفاده از آزمون تحلیل عاملی در سه مقیاس نام برده شده مورد تایید قرار گرفت. همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت که برای خرده مقیاس توقف هیجان و افکار ناخوشایند، ۰/۸۰، راهبرد مسئله مدار، ۰/۶۳، دریافت حمایت از خانواده و دوستان، ۰/۷۱ و نمره کل ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و مثبت‌نگری

شیوه مداخله در این پژوهش به صورت تلفیقی خواهد بود. درمان پذیرش و تعهد که این شیوه درمانی با فعالیت‌های پژوهش‌های همکاران (۲۰۰۶) طراحی شده و همزمان با آن مثبت‌نگری سلیگمن (۲۰۰۱) بوده و محتوای جلسات آموزشی نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفته است. این شیوه درمانی ترکیبی طی ۹ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته پایایی به صورت گروهی اجرا گردید.

جدول ۱. محتوای جلسات پذیرش و تعهد و رویکرد مثبت‌نگری

جلسه اول	معارفه- مقدمه -آشنایی با مفهوم درمان پذیرش و تعهد و مثبت‌نگری -انجام ارزیابی اولیه آشنایی با اعضا-توضیح پیرامون جلسات -بحث در مورد خویشتن‌پنداره- توضیح و تعریف در مورد مثبت‌نگری - ایجاد ناامیدی سازنده.
جلسه دوم	مشکل کنترل‌گری تجارب است نه خود تجارب - بحث در مورد مفهوم و دایره شادکامی- مرور فن‌های شادکامی(تغذیه سالم، ورزش، تغییر سبک نگرش و سبک زندگی - رفتار نوع دوستانه-توسعه روابط اجتماعی و....)- گفتگو در مورد موانع توسعه روابط اجتماعی، کاربردی کردن مهارت‌های مربوط به افزایش شادکامی تا جلسه بعد.....تمرین و توسعه روابط اجتماعی.

جلسه سوم	معرفی مدل فرآیند، اجتناب از تجارب، -بحث گفتگو با اعضا در مورد بخشش، فرایند آن و تمرین نوشتن نامه بخشش - دستورالعمل برای نوشتن نامه بخشش برای جلسه بعد.
جلسه چهارم	پذیرش و تمایل، معرفی مفهوم قدردانی - مرور تمرین‌های جلسات قبل - تبیین مفهوم، فواید و روش‌های ابراز قدردانی و سپاسگزاری - دادن تکلیف ازجمله نوشتن نامه‌ی سپاس و....
جلسه پنجم	خود مفهومی و خود زمینه‌ای، تبیین خوش‌بینی مرور تکالیف جلسات قبل (ازجمله نامه‌ی سپاس و) - بحث پیرامون مفهوم و فواید خوش‌بینی - معرفی مدل -ABCDE ارائه تکالیف -بحث پیرامون معنی و مفهوم منبع کنترل- ارائه‌ی مثال در مورد شیوه‌ی تشخیص سبک اسناد.
جلسه ششم	ذهن آگاهی، معرفی مفهوم امید و امیدافزایی (هدفمندی)- مرور تکالیف مربوط به جلسات قبل (ازجمله تمرین‌های خوش‌بینی و سبک اسناد)-بحث در مورد مفهوم و اهمیت امید-کمک به اعضا برای تقسیم کردن زندگی به حیطه‌های مختلف و....- دادن تکلیف به اعضا برای تعیین کردن اهداف برای هر حیطه‌ی زندگی (ساختاربندی هدف)- کمک به اعضا جهت شناسایی موانع رسیدن به اهداف و شیوه‌ی برطرف کردن موانع.
جلسه هفتم	گسلش شناختی، عزت‌نفس و احساس ارزشمندی-احساس کارآمدی- مرور تمرین‌های جلسات قبل (ساختاربندی اهداف، تعیین اهداف آتی)- تبیین مفهوم و فواید عزت‌نفس و خودکارآمدی- تبیین راهبردهایی برای ارتقای عزت‌نفس و خودکارآمدی و راهبردهای کنار آمدن مثبت (مثل حل مسئله، حمایت اجتماعی، چارچوب‌بندی مجدد، کسب مهارت)- توجه به نقاط قوت افراد و پرورش توانمندی‌ها.
جلسه هشتم	ارزش‌های واقعی زندگی و عمل متعهدانه، معنادار بودن زندگی، راهبردهای افزایش عزت‌نفس و خودکارآمدی ارائه‌ی نمونه رفتار خودکارآمد در مواجهه با بیماری- تبیین مفهوم و فواید معنادار بودن زندگی- نقش اهداف در معنادار بودن زندگی- ترغیب کردن افراد به پیدا کردن معنا در زندگی و رفتار اجتماعی.
جلسه نهم	جمع‌بندی جلسات و اختتام، تشکر از اعضا، ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسات به اعضا، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون.

یافته‌ها

قبل از بررسی فرضیه‌ها، میانگین و انحراف معیار سن افراد نمونه در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۳۵/۲۶۶ و ۱/۲۲۷ و ۳۶/۲۶۶ و ۱/۲۶۳ است. فراوانی و درصد فراوانی برای شغل در هر دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. فراوانی و درصد فراوانی گروه آزمایش و کنترل برای شغل همسر به ترتیب ۲۱ و ۷۰/۰ و ۹ و ۳۰/۰ است. فراوانی و درصد فراوانی گروه آزمایش و کنترل برای تحصیلات به ترتیب ۷ و ۰/۵۳۳ و ۱۳ و ۴۳/۳ و ۱۰ و ۳۳/۳ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش بیماری	آزمایش	۶۳/۴۶۶	۲/۱۲۲	۶۶/۰۰۰	۲/۱۳۳
	گروه کنترل	۶۳/۶۰۰	۲/۱۶۸	۶۳/۷۳۳	۲/۲۸۵
توقف هیجان و افکار ناخوشایند	آزمایش	۵۲/۰۰۰	۲/۳۰۹	۵۵/۰۰۰	۲/۳۰۵
	گروه کنترل	۵۱/۸۶۶	۲/۲۵۶	۵۲/۲۶۶	۲/۳۱۸
مقابله مسئله مدار	آزمایش	۱۹/۰۰۰	۲/۳۰۹	۲۱/۶۶۶	۲/۵۶۱
	گروه کنترل	۱۹/۱۳۳	۲/۳۶۴	۱۹/۵۳۳	۲/۴۸۲
دریافت حمایت از خانواده و دوستان	آزمایش	۹/۳۳۳	۰/۶۶۶	۱۲/۳۳۳	۰/۸۳۷
	گروه کنترل	۹/۴۰۰	۰/۶۳۸	۹/۸۰۰	۰/۶۸۴

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در هر دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون آورده شده است. میانگین پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل پذیرش بیماری به ترتیب ۶۳/۴۶۶ و ۶۳/۶۰۰ و ۶۶/۰۰۰ و ۶۳/۷۳۳ می‌باشد. میانگین پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل توقف هیجان و افکار ناخوشایند به ترتیب ۵۲/۰۰۰ و ۵۱/۸۶۶ و ۵۵/۰۰۰ و ۵۲/۲۶۶ می‌باشد. میانگین پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل مقابله مسئله مدار به ترتیب ۱۹/۰۰۰ و ۱۹/۱۳۳ و ۲۱/۶۶۶ و ۱۹/۵۳۳ می‌باشد. میانگین پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل دریافت حمایت از خانواده و دوستان به ترتیب ۹/۳۳۳ و ۹/۴۰۰ و ۹/۸۰۰ و ۱۲/۳۳۳ می‌باشد.

جدول ۸-۴. نتایج همگنی کوواریانس‌های باکس در متغیرهای وابسته‌ی پژوهش

مقدار ام‌باکس	F	DF1	DF2	سطح معنی‌داری
۲۰/۱۴۹	۱/۷۰۰	۱۰	۳۷۴۸/۲۰۷	۰/۰۷۵

نتایج یافته‌های جدول ۲ نشان دهنده عدم معنی‌داری فرض همگنی کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون باکس می‌باشد ($p > 0/05$, $F = 1/700$ و $Box's = 20/149$). در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است.

برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت نگر بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی داده‌ها انجام گرفت.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در گروه آزمایش و گروه کنترل

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	0/843	28/283	4	21	0/001	0/843
لامبدای ویلکز	0/157	28/283	4	21	0/001	0/843
اثر هتلینگ	0/387	28/283	4	21	0/001	0/843
بزرگترین ریشه روی	0/387	28/283	4	21	0/001	0/843

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	پذیرش بیماری	43/121	1	43/121	0/16	0/001	0/400	0/970
۱۶								

۱	/۵۸۶	۰/۰۰۱	/۹۳۸	۵۲/۳۱۸		۵۲/۳۱۸	توقف هیجان و افکار ناخوشایند	
		۰	۳۳					
/۹۹۰	/۴۵۴	۰/۰۰۱	/۹۹۲	۳۸/۲۸۶	۱	۳۸/۲۸۶	مقابله مسئله مدار	
	۰	۰	۱۹					
/۹۹۶	/۴۹۰	۰/۰۰۱	/۰۲۳	۵۰/۵۸۵	۱	۵۰/۵۸۵	حمایت از خانواده و دوستان	
	۰	۰	۲۳					
				۲/۶۹۲	۲	۶۴/۶۱۷	پذیرش بیماری	خطا
					۴			
				۱/۵۴۲	۲	۳۶/۹۹۷	توقف هیجان و افکار ناخوشایند	
					۴			
				۱/۹۱۵	۲	۴۵/۹۶۲	مقابله مسئله مدار	
					۴			
				۱/۱۹۷	۲	۵۲/۷۳۲	حمایت از خانواده و دوستان	
					۴			
					۳	۱۲۸۳۲۲/۰۰۰	پذیرش بیماری	کل
					۰			
					۳	۸۸۵۹۷/۰۰۰	توقف هیجان و افکار ناخوشایند	
					۰			
					۳	۱۵۴۳۶/۰۰۰	مقابله مسئله مدار	
					۰			
					۳	۳۹۶۸/۰۰۰	حمایت از خانواده و دوستان	
					۰			

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر پذیرش بیماری ($F=۱۶/۰۱۶$ و $P<۰/۰۱$) به دست آمد. نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر توقف هیجان و افکار ناخوشایند ($F=۳۳/۹۳۸$ و $P<۰/۰۱$) به دست آمد. نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر مقابله مسئله مدار ($F=۱۹/۹۹۲$ و $P<۰/۰۱$) به دست آمد. نسبت F تحلیل کواریانس تک متغیری برای متغیر حمایت از خانواده و دوستان ($F=۲۳/۰۲۳$ و $P<۰/۰۱$) به دست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته

(پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله) بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس انجام شد. نتایج نشان داد که بین پذیرش بیماری بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. به این معنا که پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری در بین افراد به ویژه بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. این نتایج با یافته‌های پاکنهام و لندی (۲۰۲۳)، کاندرا و همکاران (۲۰۲۳)، گیووانتی و همکاران (۲۰۲۲)، پوتر و همکاران (۲۰۲۱)، اسکندری و همکاران در سال (۱۳۹۹)، کیانی و همکاران در سال (۱۳۹۹)، قاسمی و درودی (۱۴۰۰)، میرمعینی و همکاران (۱۴۰۰) و دهستانی و همکاران (۱۴۰۱) مشابه است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود پذیرش مهارتی است که باید با درگیر شدن با فعالیت‌های مطابق با ارزش‌ها (یعنی فعالسازی رفتار به سمت اهداف با ارزش) آموخته شود (هیز و همکاران، ۲۰۰۴). پذیرش بیماری، پیش‌بینی دو سطح احساس خوب شدن و عملکرد فیزیکی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، پذیرش بالاتر، واکنش‌های عاطفی و مقابله تسکینی را پیش‌بینی می‌کند. از این رو به نظر می‌رسد که پذیرش به عنوان یک عامل حفاظتی برای سلامت روانی و ذهنی به طور مستقیم یا از طریق کاهش مقابله ناسازگارانه عمل می‌کند (فرنیچ، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در فرد می‌گردد، شامل رفتار منسجم با ارزش‌های انتخابی فرد حتی در حضور تجربیات درونی ناخواسته مانند ناراحتی عاطفی یا تفکر انتقادی است و توسط شش فرآیند تقویت می‌شود (هایز^۱ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گیووانتی و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از دستاوردهای مهم در این درمان این است که به بیماران کمک می‌کند تا با احساسات ناگوار، افکار منفی و وضعیت‌های مشکل‌زا که با بیماری همراه هستند، پذیرش خوبی داشته باشند. بیماران می‌آموزند که این احساسات و افکار طبیعی هستند و قرار است در طول زندگی ممکن

است با آنها مواجه شوند. در عوض، به بیماران آموزش داده می‌شود که این احساسات و افکار را به طور کامل تصدیق کنند و از تلاش برای کنترل یا تخفیف آنها خودداری کنند. درمان پذیرش و تعهد همچنین به بیماران کمک می‌کند تا به جای تمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری، بر روی ارزش‌ها، هدف‌ها و اهداف مهم در زندگی‌شان تمرکز کنند. به بیماران آموزش داده می‌شود که هر چه زمان و انرژی بیشتری را صرف تلاش برای دستیابی به اهداف و ارزش‌هایشان کنند، زندگی‌شان با کیفیت‌تر خواهد بود. این نوع تمرکز کمک می‌کند تا بیماران روحیه و انگیزه بیشتری برای مقابله با بیماری و بهبود وضعیت خود داشته باشند و در نتیجه با پذیرش بیماری خود در جهت بهبود سلامت خود اقدام کنند. به طور کلی، درمان پذیرش و تعهد با ایجاد پذیرش برای وضعیت‌های مشکل‌زا و تمرکز بر اهداف و ارزش‌های زندگی، به بیماران کمک می‌کند تا با بیماری‌شان به طور سالم‌تر و موثرتر روبرو شوند. تنظیم نگرش و آمادگی ذهنی برای پذیرش و تعامل با وضعیت‌های صعب در طول بیماری می‌تواند تاثیر مثبتی بر فرایند بهبود روانی داشته باشد.

نتایج همچنین نشان داد که بین خودکارآمدی مقابله بیماران مبتلا به ام اس گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس از آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. به این معنا که پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت‌نگری بر پذیرش بیماری در بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است. این نتایج با یافته‌های پاکنهام و لندی (۲۰۲۳)، کاندرا و همکاران (۲۰۲۳)، گیووانتی و همکاران (۲۰۲۲)، پوتر و همکاران (۲۰۲۱)، اسکندری و همکاران در سال (۱۳۹۹)، کیانی و همکاران در سال (۱۳۹۹)، میرمعینی و همکاران (۱۴۰۰) و دهستانی و همکاران (۱۴۰۱) مشابه است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود در درمان مبتنی پذیرش و پایبندی هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز (فورمان و هربرت^۱، ۲۰۰۸). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درمورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر

۱-Forman &Herbert

معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند سپس، به فرد کمک می‌شود تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن سازی ارزش‌ها) و درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده صورت می‌گیرد (پورفرج عمران، ۱۳۹۰). لذا بیمار مبتلا به ام اس به دلیل افزایش انعطاف‌پذیری و با تمرکز بر اهداف به تدریج بهتر می‌تواند خود و بیماری‌اش را مدیریت کند و همین مدیریت بالا می‌تواند موجب باور به توانمندی برای مقابله با مشکلات گردد. از طرفی، استدلال شده است که وقتی فردی از بیماری خطرناکی رنج می‌برد، مراحل روانی مانند عصبانیت، طرد شدن، افسردگی و غم را پشت سر می‌گذارد که با مثبت اندیشی و با تمرکز بر تلاش برای حل مشکل موقعیت منفی تجربه شده را می‌توان حل کرد (کاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). هدف درمان مثبت‌نگری کمک به افراد برای اصلاح شیوه‌های تفکر منفی است که به دلیل اضطراب، نگرانی و عدم اطمینان در مورد موفقیت یا خودکارآمدی منجر به بدبینی و تردید در حرکت رو به جلو می‌شود. از طریق درمان، انتظار می‌رود که افراد به انسانی تبدیل شوند که سرشار از اعتماد به نفس هستند، اهداف روشنی در زندگی داشته باشند تا بفهمند چه کاری باید انجام شود، انگیزه ایجاد می‌کنند و تفکر گسترده‌ای برای درک یک مشکل دارند (کاندرا و همکاران، ۲۰۲۳). رویکرد مداخله‌ای مثبت-نگری یک مداخله درمانی با هدف تقویت لذت، تعامل و معناست. مؤلفه‌های درمان شامل استفاده از نقاط قوت به صورت انطباقی برای مقابله با عوامل استرس‌زا، ابراز قدردانی و تقویت روابط مثبت و معناست (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۸). فرض اصلی مثبت‌نگری، پرداختن به منابع مثبت بیمار مانند احساسات مثبت، نقاط قوت شخصیت و معنی - علاوه بر درمان علائم - در درمان آسیب شناسی روانی است. تاکید بر منابع مثبت ممکن است نه زمانی که زندگی آسان است، بلکه زمانی که زندگی دشوار است بهترین خدمات را به مراجع ارائه دهد. زیرا مغز انسان برای

حضور و پاسخ قوی تری به نکات منفی نسبت به مثبت ها طراحی شده است (رشید، ۲۰۲۰). لذا بیماران مبتلا به ام اس با تمرکز بر توانمندی های مثبت خود به تدریج به این باور می رسد که توانایی مقابله با مسائل و مشکلات را دارند و در نتیجه خودکارآمدی مقابله افزایش می یابد. محدود شدن مطالعه حاضر به بیماران مبتلا به ام اس مراجعه کننده به درمانگاه تخصصی مغز و اعصاب شرق ایران در شهر مشهد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر بود که تعمیم نتایج به افراد با در شهرها و فرهنگ های دیگر را با محدودیت مواجه ساخته است. از دیگر محدودیت های تحقیق استفاده از ابزار خودسنجی یکی دیگر از محدودیت های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می شود که تحقیقی با این عنوان در جوامع آماری دیگری، جمعیت های بهنجار و بالینی در سنین مختلف و در مقاطع زمانی مختلف انجام گردد. علاوه بر این، پیشنهاد بر این است که از مصاحبه در کنار پرسشنامه به منظور سنجش و اندازه گیری متغیر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله استفاده گردد. علاوه بر این، به نظر می رسد که مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت نگری بر پذیرش بیماری و خودکارآمدی مقابله در بیماران مبتلا به ام اس اثربخش است، از این رو، پیشنهاد بر این است که مداخله پذیرش و تعهد با رویکرد مثبت نگری مورد توجه و استفاده درمانگران قرار گیرد.

فهرست منابع

- افشین، امین و اسدپور، عارف (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودتاب آوری زنان نابارور شهرستان ساری. پژوهش‌های کاربردی در مشاوره، ۵(۳)، ۳۷-۵۱.
- میرمعینی، پردیس، بیاضی، خلعتبری (۱۴۰۰). مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز. طب داخلی روز، ۲۷(۴)، ۵۳۴-۵۴۹.
- کیانی، سیاوش؛ صباحی، پرویز؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ رفیعی نیا، پروین؛ آل بویه، احمد رضا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری مثبت نگر بر آشفستگی‌های روانشناختی بیماران مبتلا به درد مزمن. روانشناسی سلامت، ۹(۳۶)، ۱۳۳-۱۵۰.
- اسکندری، مهدی؛ رضاخانی، سیمین دخت؛ بهودی، معصومه (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت‌درمانی و درمان مثبت‌نگر بر سرمایه‌های روان‌شناختی و سبک‌های ابراز هیجان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۵(۵۸)، ۷-۱۶.
- دهستانی، فرزانه، میرزائیان، بهرام؛ حسن زاده، رمضان؛ سعادت، پیام (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله با درد و خودکارآمدی درد بیماران مبتلا به درد نوروپاتی مزمن. دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۲۷(۶)، ۹۷-۱۱۲.
- پور فرج عمران، مجید (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. دانش و تندرستی، دوره ۶، شماره ۲: ۵-۱.

Antao, L., Shaw, L., Ollson, K., Reen, K., To, F., Bossers, A., & Cooper, L. (2013). Chronic pain in episodic illness and its influence on work occupations. *Work – A Journal of prevention Assessment & Rehabilitation*, 44, 11–36.

Ayache SS, Palm U, Chalah MA, Al-Ani T, Brignol A, Abdellaoui M, Dimitri D, Sorel M, Créange A and Lefaucheur J-P (2016) Prefrontal

- tDCS Decreases Pain in Patients with Multiple Sclerosis. *Front. Neurosci.* 10:147.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.
- Beer, S., & Kesselring, J. (2014). Multiple sclerosis. *Rehabilitation and Long-term Course. Ophthalmologie*, 111, 715–721.
- Bertolin DC, Pace AE, Cesarino CB, Ribeiro R de CHM, Ribeiro RM. (2015). Psychological adaptation to and acceptance of type 2 diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm*, 28(5):440–6.
- Braley, T. J., & Boudreau, E. A. (2016). Sleep disorders in multiple sclerosis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 16, 50.
- Candra, I. W., Harini, I. G. A., Sumirta, I. N., Ruspawan, I. D. M., Mertha, I. M., Hartati, N. N., ... & Suntari, N. L. P. Y. (2023). The Effect of Positive Thinking on Depression Level in Diabetes Mellitus Patients, *AMJ*, 63, 1, 6845-6853.
- Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M., & Folkman, S. (2006). A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 421–437.
- Elfiky, I. 2015. Terapi Berpikir Positif. (Cetakan XVIII). Terjemahan oleh Khalifurrahman Fath dan M. Taufik Damas. Tangerang: Penerbit Zama
- Harrison, A. M., Silber, E., McCracken, L. M., & Moss-Morris, R. (2015). Beyond a physical symptom: The importance of psychosocial factors in multiple sclerosis pain. *European Journal of Neurology*, 22, 1443–1452.
- Haruyama, S. (2014). The Miracle of Endorphin Sehat Mudah dan Praktis dengan Hormon Kebahagiaan. Bandung: Qanita
- Hayes . S.C. & Masuda, A. (2006). Acceptance and Commitment therapy : Model , Process and outcomes . *Journal of Behavior Research & Therapy* : 44, 1-25.
- Hayes SC, Follette VM, & Linehan MM (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York, NY: Guilford Press.

- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (2012). Acceptance and commitment therapy, the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York/London: The Guildford Press; 2012.
- Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. (2017). Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Preference Adherence*, 11:363–71.
- Kołtuniuk, A., & Rosińczuk, J. (2021). The levels of depression, anxiety, acceptance of illness, and medication adherence in patients with multiple sclerosis-descriptive and correlational study. *International Journal of Medical Sciences*, 18(1), 216.
- Marrie, R. A., Reingold, S., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sorensen, P. S., ... Reider, N. (2015). The incidence and prevalence of psychiatric disorders in multiple sclerosis: A systematic review. *Multiple Sclerosis Journal*, 21, 305–317.
- Martynow A, Lefek K, Wierzbicka B, Chudiak A, Lomper K, Jankowska-Polańska B. (2017). Effect Of Acceptance Of Illness On Treatment Adherence In Atrial Fibrillation Patients. *J Educ Health Sport*, 7(5):154–70.
- McCracken, L. M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 267-274.
- Mikula, P., Nagyova, I., Vitkova, M., & Szilasiova, J. (2018). *Management of multiple sclerosis: the role of coping self-efficacy and self-esteem. Psychology, Health & Medicine*, 23(8), 964–969.
- Morovati Z, Yadegari R. (2019). Comparison of loneliness and coping self-efficacy in cell phone addicted and normal female college students. *Journal of Psychological Achievements*, 26(2), 243-62
- Obiegło M, Uchmanowicz I, Wlekklik M, Jankowska-Polańska B, Kuśmierz M. (2016). The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 15(4):241–7.

- Pakenham, K. I. & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & health*, 26(10), 1292-1309.
- Rashid, T. (2020). Positive psychotherapy. In *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 1-8). Cham: Springer International Publishing.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2018). *Positive psychotherapy: A manual*. New York: Oxford University Press.
- Rommer, P. S., Sühnel, A., König, N., & Zettl, U.-K. (2016). *Coping with multiple sclerosis-the role of social support*. *Acta Neurologica Scandinavica*, 136(1), 11-16.
- Tan-Kristanto, S., & Kiropoulos, L.A. (2015). Resilience, self-efficacy, coping styles and depressive and anxiety symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *Journal Psychology, Health & Medicine*, 20, 6, 635-645.
- Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Motowidło U, Uchmanowicz B, Chabowski M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016. May;963.
- Wilski, M., & Tasiemski, T. (2016). Illness perception, treatment beliefs, self-esteem, and self efficacy as correlates of self-management in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133, 338-345.
- Pakenham, K. I., & Giovannetti, A. M. (2024). ACT resilience training in multiple sclerosis. In *Innovations in Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Acquired Brain Injury* (pp. 6-21). Routledge.
- Rauwenhoff, J. C., Bol, Y., Peeters, F., van den Hout, A. J., Geusgens, C. A., & van Heugten, C. M. (2023). Acceptance and commitment therapy for individuals with depressive and anxiety symptoms following acquired brain injury: a non-concurrent multiple baseline design across four cases. *Neuropsychological rehabilitation*, 33(6), 1018-1048.