MEJDS. 2021; 11:73.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

A Structural Model of Psychological Wellbeing Based on Early Maladaptive Schemas, Self-Compassion, and Hope in Women With Multiple Sclerosis

Hassani SF[1], *Tizdast T[2], Zarbakhsh MR[3]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
***Corresponding author's email:** taher.tizdast@toniau.ac.ir

Received: 2020 September 27; **Accepted:** 2021 April 3

Abstract

Background & Objectives: Multiple Sclerosis (MS) is the most common myelin degenerative disease. Individuals with chronic diseases encounter psychological problems in addition to their physical conditions, that mutually affect their disease. Declined biopsychological health of women with MS adversely impacts the family; with their chronic diseases, the whole system will be disrupted. Therefore, due to their numerous psychological problems, like distress, and considering the importance of Early Maladaptive Schemas (EMSs), self–compassion, and hope as well as the role of each of these variables in women's Psychological Wellbeing (PWB), we decided to investigate this area. Thus, the current study aimed to explore the structural model of PWB based on EMSs, self–compassion, and hope in women diagnosed with MS.
Methods: This descriptive–analytical research applied structural equation modeling. The statistical population included all women with MS referring to Imam Khomeini and Milad Hospitals in Tehran City, Iran, from September to November 2019. By purposive sampling method, 300 subjects diagnosed with MS were selected based on the inclusion and exclusion criteria of the study. The inclusion criteria included the age range of 40–60 years, having high school certification or above, and being diagnosed within the last 6 months or sooner. The exclusion criterion of the study was providing incomplete questionnaires. The research tools were Psychological WellbeingScale (Ryff, 1989), Young's Schema Questionnaire–Short Form (Young, 1998), Self–Compassion Scale (Neff, 2003), and Life Expectancy Questionnaire (Snyder et al., 1991). Descriptive statistics, including mean and standard deviation, were used to analyze the obtained data. Structural equation modeling and Pearson correlation coefficient were applied in AMOS and SPSS to analyze the collected data. The significance level of the tests was considered 0.05.
Results: The present study results indicated that EMSs (β=–0.70, p<0.001), self–compassion (β=–0.18, p<0.001), and hope (β= –0.87, p<0.001) presented a direct effect on PWB. Self–Compassion (β=0.75, p<0.001) provided a positive and direct effect on PWB. Furthermore, hope positively and directly influenced PWB (β=0.53, p<0.001). EMSs presented an effect on PWB with a mediating role of self–compassion (an indirect effect) (β=–0.15, p=0.025). Moreover, EMSs affected PWB with a mediating role of hope (an indirect effect) (β=–0.46, p<0.001). In addition, the goodness of fit indices supported the optimal fit of the research model with the collected data (χ2/df=1.38, CFI=0.97, GFI=0.97, AGFI=0.95, RMSEA=0.045).
Conclusion: Based on the current research results, the mediating role of self–compassion and hope in the effect of EMSs on PWB can provide a suitable model to explain psychological improvement among women with MS.
Keywords: Psychological wellbeing, Early maladaptive schemas, Self–Compassion, Hope, Multiple Sclerosis (MS).

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷۳.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

ارائهٔ مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس

سیده‌فاطمه حسنی[۱]، *طاهر تیزدست[۲]، محمدرضا زربخش[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترا روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** taher.tizdast@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۶ مهر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: افراد مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس (اماس)، علاوه‌بر مشکلات جسمانی اغلب از آسیب‌ها و اختلالات روانی نیز رنج می‌برند. هدف پژوهش حاضر ارائهٔ مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به اماس بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اماس مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام‌خمینی و میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد افراد نمونه سیصد زن مبتلا به‌اماس بود که به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹)، فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های یانگ (یانگ، ۱۹۹۸)، مقیاس شفقت به خود (نف، ۲۰۰۳)، و پرسشنامهٔ امید به زندگی (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) بود. تحلیل داده‌های گردآوری‌شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای اثر منفی و معکوس بر بهزیستی روان‌شناختی ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۷۰)، خودشفقتی ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۱۸) و امیدواری ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۸۷) بود. خودشفقتی ($p<$۰/۰۰۱، β=۰/۷۵) و امیدواری ($p<$۰/۰۰۱، β=۰/۵۳) اثر مثبت و مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی داشت. طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی خودشفقتی ($p=$۰/۰۲۵، β=−۰/۱۵) و نقش میانجی امیدواری ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۴۶) اثر غیرمستقیم داشت؛ به‌علاوه شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب مدل پژوهش با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کردند (χ^2/df=۱/۳۸، CFI=۰/۹۷، GFI=۰/۹۷، AGFI=۰/۹۵، RMSEA=۰/۰۴۵).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری در تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی، می‌تواند مدل مناسبی را برای تبیین بهبود روان‌شناختی زنان مبتلا به اماس ارائه دهد.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی، امیدواری، اماس.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

۱ مقدمه

مالتیپل‌اسکلروزیس[1] (اماس)، بیماری التهابی سیستم عصبی است که در آن غلاف‌های میلین سلول‌های عصبی در مغز و نخاع آسیب می‌بیند. این بیماری در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط‌اند، اختلال ایجاد می‌کند. اگرچه ممکن است آسیب غلاف تاحدودی ترمیم شود، هرگونه صدمه به آکسون دائمی است. اگر مغز نتواند آسیب‌های مسیر عصبی را خنثی کند، ممکن است فعالیت‌های تحت کنترل آن عصب برای همیشه از دست برود (۱). اماس به‌عنوان دومین معلولیت شایع در میان بزرگسالان با روند صعودی ابتلا در سراسر جهان و خاورمیانه به خصوص در ایران مواجه است. براساس آخرین گزارشات رسمی، در ایران نسبت ابتلای زنان به اماس ۳/۵۵ برابر بیشتر از مردان است و میانگین سن ابتلا به ۲۸/۶۴ سال کاهش یافته است (۲). تخمین زده می‌شود که حدود دومیلیون‌وهشتصدهزار نفر در سرتاسر دنیا به بیماری اماس مبتلا باشند (۳۵/۹ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر) و نرخ شیوع آن از سال ۲۰۱۳ رو به افزایش بوده است. میانگین سنی افراد مبتلا ۳۲ سال برآورد شده است و زنان دو برابر مردان به آن مبتلا می‌شوند. (۳). در اکثر مواقع بیماری اوج و فروکش دارد و در حالت فروکش بیمار فقط می‌تواند علائم روانی داشته باشد. بیماری‌های روان‌پزشکی شایع در اماس شامل افسردگی[2]، اختلالات شناختی و حافظه[3]، سایکوزها و بیماری‌های اضطرابی[4] است (۴). می‌توان گفت، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن علاوه‌بر مشکلات جسمانی با مشکلات روانی زیادی نیز روبه‌رو می‌شوند که این عوامل روان‌شناختی متقابلاً بیماری آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۵).

یکی از مفاهیم مهم و تأثیرگذار بر بیماران مبتلا به‌اماس، بهزیستی روان‌شناختی[5] است (۶). بهزیستی را می‌توان با شادکامی، رشد شخصی و رضایت از زندگی معرفی کرد و آن را یکی از ابعاد مهم برای عملکرد مؤثر و سطح بهتر در زندگی دانست. می‌توان اشاره کرد که بهزیستی روان‌شناختی به‌معنای نداشتن بیماری یا ناخوش‌نبودن نیست؛ همچنین اشاره شده است که بهزیستی روان‌شناختی برابر با ثروتمندبودن نیست. در این گزارش آمده است که درگیری در فعالیت‌های مرتبط با شادمانی ازقبیل فعالیت‌های هدف‌مند در بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار است (۷). داینر و همکاران بهزیستی روان‌شناختی را ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از زندگی تعریف می‌کنند (۸). عنصر شناختی به این اشاره می‌کند که فرد راجع به خود یا دربارهٔ رضایت از زندگی به‌طور کلی چه نظری دارد. عنصرعاطفی به عواطف و احساساتی اشاره دارد که می‌توانند جنبهٔ مثبت یا منفی داشته باشند؛ بدیهی است شناخت مثبت و عواطف مثبت می‌تواند با بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط باشد (۹).

مهربانی با خود[6]، اشتراک انسانی[7] و ذهن‌آگاهی[8] با احساس تنهایی[9] دارای رابطهٔ مثبت است و شفقت به خود[10] اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (۱۰). شفقت به خود به‌معنای گشوده‌بودن و همراه‌شدن با رنج‌های خود، تجربهٔ حس مراقبت و مهربانی درقبال خود، اتخاذ نگرش غیرقضاوتی و همراه با درک و فهم دربارهٔ بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربهٔ فرد بخشی از تجربهٔ بشری می‌باشد، است (۱۱). همچنین داشتن احساس خودشفقت‌ورزی دلالت بر آن دارد که فرد تلاش می‌کند از تجربهٔ درد جلوگیری کند. این امر منجربه بروز سبک‌های مقابلهٔ فعال درجهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود (۱۱). افراد مبتلا به‌اماس درمقایسه با افراد سالم، میزان زیادی از پریشانی روان‌شناختی را گزارش می‌کنند (۱۲)؛ بنابراین شناسایی عوامل محافظ مانند امیدواری[11] که درمقابل اثرهای ناسازگار بیماری مؤثر است، می‌تواند نقش مهمی در مقابله با بحران‌های مسائل مرتبط با بیماری داشته باشد. امید، ویژگی روان‌شناختی است که برای داشتن رضایت از زندگی ضروری است. امیدواری منجربه این باور می‌شود که اساساً دنیا مکان قابل اعتمادی است (۱۳).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی در افراد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[12] است. طرحواره‌ها سطوح عمیق‌تر شناختی و هستهٔ مرکزی شخصیت فرد را در بر دارند؛ ازاین‌رو به‌نظر می‌رسد بهزیستی روان‌شناختی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط است و نقش مهمی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ایفا می‌کند (۱۴). طرحواره‌های ناسازگار به چارچوب‌های شناختی ناکارآمد برای دیدن خود و دیگران اشاره دارد که عمدتاً در پاسخ به حوادث نامطلوب کودکی به‌وجود آمده‌اند و به‌دنبال آن ازطریق زندگی فردی گسترش پیدا کرده است (۱۵). براساس نتایج پژوهش عباسی و همکاران بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ معنادار وجود دارد (۱۶). عزیز و حسن در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت معناداری مشاهده می‌شود (۱۷).

باتوجه به مطالب گفته‌شده چنین به‌نظر می‌رسد که با شناخت و درک عمیق‌تر از چگونگی ارتباط ویژگی‌های روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به اماس، می‌توان برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی گام‌هایی برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش‌هایی به‌دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه‌کننده روبه‌رو شوند و دیدی همه‌جانبه و کلی دربارهٔ ادراکات، تصورات و احساسات آنان به‌دست آورند. باید توجه داشت که زنان در درون سیستم خانواده عنصری مهم تلقی می‌شوند. مسلم است که کاهش سلامت روانی و جسمانی آن‌ها تأثیرات سوئی بر کل اعضای خانواده خواهد گذاشت و با ابتلای آنان به بیماری‌های مزمن، کل سیستم دچار ازهم‌گسیختگی و اختلال می‌شود؛ بنابراین باتوجه به مشکلات متعدد روان‌شناختی آن‌ها مانند پریشانی روان‌شناختی زیاد (۱۲) و با درنظرگرفتن اهمیت مفاهیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی،

1. Multiple Sclerosis (MS)
2. Depression
3. Cognitive and memory impairments
4. Psychosis and anxiety diseases
5. Psychological well-being
6. Kindness to oneself
7. Human sharing
8. Mindfulness
9. Feeling lonely
10. Self-compassion
11. Hope
12. Early maladaptive schemas

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

امیدواری و نقش هرکدام از این متغیرها در بهزیستی روان‌شناختی زنان، محققان این مطالعه بر آن شدند تا به پژوهش در این زمینه بپردازند. ازآنجاکه تحقیقی درخصوص ارتباط متغیرهای مذکور به‌طور هم‌زمان صورت نگرفته است، خلأ پژوهشی در این حوزه احساس می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر ارائهٔ مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به مالتیپل‌اسکلروزیس (ام‌اس) بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، به‌لحاظ روش گردآوری داده‌ها همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به ام‌اس مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام‌خمینی و میلاد تهران در محدودهٔ زمانی شهریور تا آبان ۱۳۹۸ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونهٔ پژوهش‌شده، روش نمونه‌گیری دردسترس به‌کار رفت. به این صورت که از بین بیماران مبتلا به ام‌اس که براساس تشخیص متخصص مغز و اعصاب بیمارستان‌های امام‌خمینی و میلاد و ذکر در پروندهٔ بیمار تشخیص ام‌اس گرفته بودند، سیصد نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود بیماران مبتلا به ام‌اس به پژوهش شامل قرارداشتن در ردهٔ سنی ۴۰تا۶۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و سپری‌شدن حداقل شش ماه از زمان تشخیص ام‌اس بود. ملاک خروج بیماران مبتلا به ام‌اس از پژوهش، پاسخ‌گونبودن به تمامی سؤالات پرسشنامه‌ها بود. برای انتخاب حجم نمونه در پژوهش مدل‌سازی به‌ازای هر متغیر آشکار، پانزده نفر نیاز است (۱۸)؛ همچنین براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی شکل ۱، ۱۶ متغیر آشکار وجود دارد؛ بنابراین در این پژوهش به ۲۴۰ نفر نیاز بود؛ اما باتوجه به ریزش و احتمال تکمیل‌نشدن تمامی سؤالات پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، تعداد ۳۴۸ پرسشنامه پخش شد که از میان آن، تعداد سیصد پرسشنامه به‌طور کامل تکمیل و قابل تحلیل بود؛ بنابراین در این پژوهش، برای کاهش خطای نمونه‌برداری و جلوگیری از افت آزمودنی‌ها، سیصد نفر به‌روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌طور کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[1]: این مقیاس توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۱۹). در این مقیاس پاسخ به هر سؤال بر طیفی پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالف=نمرهٔ ۱ تا کاملاً موافق=نمرهٔ ۵) مشخص می‌شود. این مقیاس شامل ۸۴ سؤال است که ابعاد بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف مشتمل بر روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط محیطی، رشد فردی، هدف در زندگی و پذیرش خود را در قالب طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای ارزیابی می‌کند. از بین کل سؤالات ۴۴ سؤال به‌صورت مستقیم و ۴۰ سؤال به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نقطهٔ برش نمرهٔ کل مقیاس ۲۵۲ است. نمرات بیشتر در این مقیاس به‌معنای بهزیستی روان‌شناختی بیشتر و نمرات کمتر به‌معنای بهزیستی روان‌شناختی کمتر است (۱۹). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در مطالعهٔ ریف، برای رشد شخصی (۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، پذیرش خود (۰/۹۳)، هدف‌مندی در زندگی (۰/۹۰)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و خودمختاری (۰/۸۶) گزارش شد (۱۹). در مطالعهٔ اصغری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس رشد شخصی (۰/۸۱)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۳)، پذیرش خود (۰/۶۸)، هدف‌مندی در زندگی (۰/۷۵)، تسلط بر محیط (۰/۷۶) و خودمختاری (۰/۷۷) به‌دست آمد (۲۰).

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های یانگ[2]: نسخهٔ اصلی پرسشنامهٔ طرحواره‌های یانگ توسط یانگ در سال ۱۹۹۴ برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه ساخته شد. سپس فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرحواره‌های یانگ را یانگ در سال ۱۹۹۸ طراحی کرد (۲۱). این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است که هیجده طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را اندازه‌گیری می‌کند. پنج حیطهٔ اصلی این مقیاس شامل طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری است. هر ماده به‌کمک طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۶) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ کل این مقیاس با جمع‌زدن تمام نمرات ماده‌های هر حیطه به‌دست می‌آید. کسب نمرات بیشتر در این مقیاس، طرحواره‌های ناسازگار بیشتر را در فرد نشان می‌دهد. کمینه و بیشینهٔ نمرهٔ فرد در این مقیاس بین ۷۵تا۴۵۰ است (۲۱). محاسبهٔ پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی گویایی ضرایب همبستگی در دامنهٔ ۶۰ تا ۸۵ درصد در خرده‌مقیاس‌ها بود و پایایی این مقیاس با استفاده از همسانی درونی بین ۷۱ تا ۹۰ درصد به‌دست آمد .همچنین روایی سازه و ملاک گویای تطابق بین ساختار نظری خرده‌مقیاس‌ها بود (۲۲). یانگ پایایی این مقیاس را به‌روش همسانی درونی و بازآزمایی بر نمونهٔ ۵۶۴نفری از دانشجویان آمریکایی به‌ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کرد (به نقل از ۲۲). همچنین در ایران یوسفی پایایی درونی این ابزار را بر نمونه‌ای غیربالینی بررسی کرد و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه کرد. این ضریب برای حوزه‌های طرحواره‌ها بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ گزارش شد (۲۳).

ـ مقیاس شفقت به خود[3]: این مقیاس توسط نف در سال ۲۰۰۳ با هدف اندازه‌گیری میزان شفقت به خود ساخته شد (۲۴). مقیاس شامل ۲۶ سؤال است و به‌صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس شش مؤلفه دارد که عبارت است: از مهربانی با خود (گویه‌های ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶، حداقل نمره ۵ و حداکثر نمره ۲۵)؛ قضاوت دربارهٔ خود (گویه‌های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱، حداقل نمره ۵ و حداکثر نمره ۲۵)؛ مشترکات انسانی (گویه‌های ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵، حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶)؛ انزوا

[1]. Psychological Well-Being Scale

[2]. Young Schemas Questionnaire-Short Form

[3]. Self-Compassion Scale

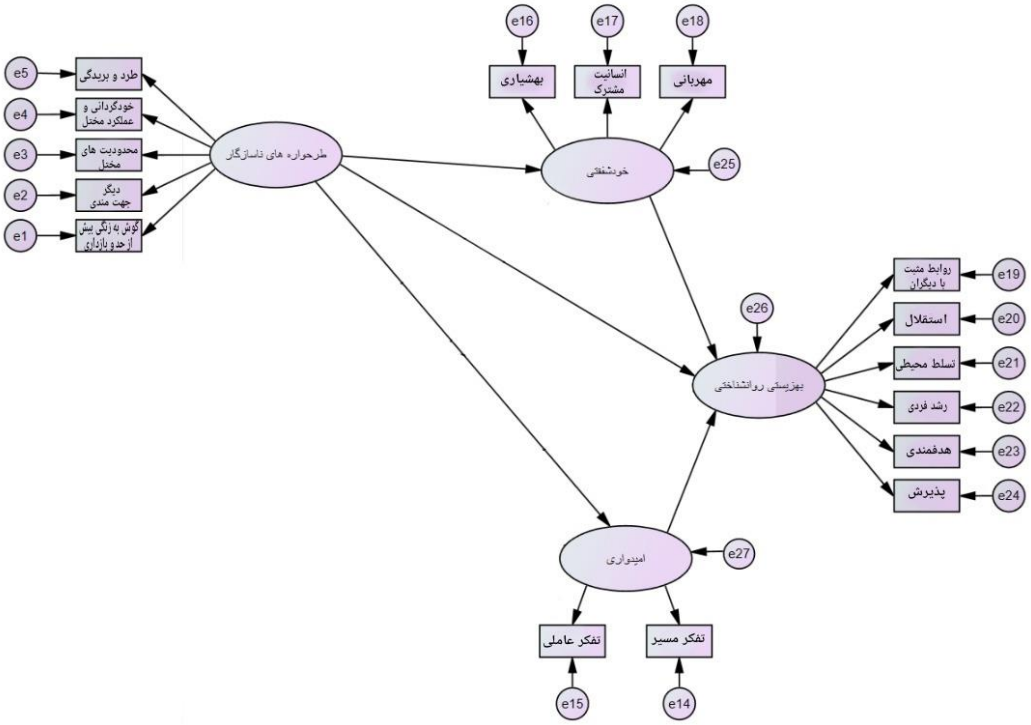
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

(گویه‌های ۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵، حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶)؛ به‌هوشمندی (گویه‌های ۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲، حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶)؛ همانندسازی فزاینده (گویه‌های ۲، ۶، ۲۰ و ۲۴، حداقل نمره ۴ و حداکثر نمره ۱۶). میانگین نمرات شش مؤلفه باهم جمع می‌شود و نمرهٔ کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. در خرده‌مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت دربارهٔ خود، انزوا و همانندسازی فزاینده (گویه‌های ۱، ۸، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۴، ۱۳، ۱۸، ۲۵، ۲، ۶، ۲۰، ۲۴) نمره‌گذاری برعکس است. برای محاسبهٔ نمرهٔ کل، نمرهٔ خرده‌مقیاس‌ها به یکدیگر اضافه می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ است (۲۴). در پژوهش نف پایایی و روایی زیادی برای مقیاس مذکور گزارش شد. پایایی کلی آن ازطریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد؛ همچنین هرکدام از خرده‌مقیاس‌ها از همسانی درونی خوبی برخوردار بود (۲۴). آلفای کرونباخ در نسخهٔ فارسی توسط عزیزی و همکاران برای مهربانی با خود ۰/۸۱، قضاوت نسبت به خود ۰/۷۹، اشتراکات انسانی ۰/۸۴، انزوا ۰/۸۵، بهشیاری ۰/۸۰، همانندسازی افراطی ۰/۸۳ و کل مقیاس ۰/۷۶ به‌دست آمد (۲۵). در این پژوهش، سه خرده‌مقیاس مهربانی، انسانیت مشترک و بهشیاری بررسی شد.

ـ پرسشنامهٔ امید به زندگی[1]: این پرسشنامه توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای اندازه‌گیری‌های خودگزارشی صفت و حالت امیدواری به زندگی ساخته شد (۲۶). پرسشنامه شامل دوازده سؤال و دو خرده‌مقیاس تفکر عاملی و تفکر مسیر می‌شود. سؤالات به‌صورت چهارگزینه‌ای و در پیوستاری چهاردرجه‌ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) است. دامنهٔ نمرات بین ۸تا۳۲ قرار دارد. چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس عامل و چهار سؤال مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه است. چهار سؤال نیز انحرافی است و نمره‌گذاری نمی‌شود. مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌های عامل و گذرگاه، نمرهٔ کل امید را مشخص می‌کند. کسب نمرهٔ بیشتر در این پرسشنامه بیانگر امید به زندگی بیشتر و کسب نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ امید به زندگی کمتر است. هیچ نقطهٔ برشی در این پرسشنامه مبنی‌بر امید به زندگی زیاد یا کم وجود ندارد (۲۶). شواهد اولیه دربارهٔ اعتبار و پایایی این آزمون توسط اشنایدر و همکاران فراهم شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴تا۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دورهٔ ده‌هفته‌ای ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۶). در ایران در پژوهش بهادری خسروشاهی و همکاران آلفای کرونباخ حاصل در مؤلفهٔ تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مؤلفهٔ تفکر مسیر ۰/۷۸ بود (۲۷).



شکل ۱. مدل مفهومی برای تعیین اثر بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در این مدل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان متغیر پیش‌بین، امیدواری و خودشفقتی به‌عنوان متغیرهای میانجی و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر وابسته در مدل قرار گرفتند.

در این پژوهش از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به‌کار رفت. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص نسبت مجذور خی

[1]. Life Expectancy Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

به درجهٔ آزادی[1]، شاخص برازندگی تطبیقی[2] (CFI)، شاخص نکویی برازش[3] (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده[4] (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[5] (RMSEA) بررسی شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استرپ به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۴/۳۹±۴۴/۲۱ سال بود. در جدول ۱، شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای آشکار پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای آشکار

متغیر پنهان	متغیر آشکار	میانگین	انحراف معیار	K-S	مقدار احتمال
امیدواری	تفکر عاملی	۱۰/۹۷	۲/۷۹	۰/۴۹	۰/۷۵۴
	تفکر مسیر	۱۰/۵۷	۳/۵۳	۰/۸۱	۰/۵۱۲
طرحواره‌های ناسازگار	طرد و بریدگی	۴۷/۵۵	۱۱/۹۰	۰/۵۷	۰/۶۳۷
	خودگردانی و عملکرد مختل	۴۸/۷۲	۱۱/۶۶	۰/۹۴	۰/۳۱۸
	محدودیت‌های مختل	۴۹/۰۱	۱۲/۸۴	۰/۳۳	۰/۷۹۵
	دیگرجهت‌مندی	۴۱/۲۹	۹/۵۹	۰/۲۸	۰/۸۱۲
	گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری	۴۴/۵۶	۱۰/۱۸	۰/۳۹	۰/۷۸۲
خودشفقتی	مهربانی	۱۷/۷۹	۳/۷۸	۰/۷۰	۰/۳۴۵
	انسانیت مشترک	۱۹/۰۴	۳/۸۵	۰/۵۰	۰/۶۰۰
	بهشیاری	۱۷/۱۶	۴/۲۲	۰/۸۸	۰/۳۵۶
بهزیستی روان‌شناختی	روابط مثبت با دیگران	۳۴/۶۲	۷/۶۰	۰/۴۴	۰/۷۹۲
	استقلال	۳۳/۶۳	۱۱/۱۱	۰/۵۶	۰/۸۱۲
	تسلط محیطی	۱۹/۴۰	۵/۱۵	۰/۳۸	۰/۷۴۳
	رشد فردی	۱۴/۶۵	۳/۵۸	۰/۵۱	۰/۷۳۱
	هدف‌مندی	۱۵/۰۷	۶/۸۴	۰/۴۹	۰/۷۵۴
	پذیرش	۲۰/۷۱	۵/۷۷	۰/۳۵	۰/۷۶۸

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شود. همچنین نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف (K-S) مشخص کرد، تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار است.

همان‌گونه که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی پیرسون بین تمامی متغیرهای پژوهش از نظر آماری معنادار است.

براساس جدول ۳ طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای اثر منفی و معکوس بر بهزیستی روان‌شناختی (β=-۰/۷۰، p<۰/۰۰۱)، خودشفقتی (β=-۰/۱۸، p<۰/۰۰۱) و امیدواری (β=-۰/۸۷، p<۰/۰۰۱) بود. خودشفقتی اثر مثبت و مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی داشت (β=۰/۷۵، p<۰/۰۰۱). همچنین امیدواری دارای اثر مثبت و مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی بود (β=۰/۵۳، p<۰/۰۰۱). به‌منظور بررسی سهم واسطه‌گری امیدواری و خودشفقتی در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی از دستور بوت‌استرپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

باتوجه به جدول ۴، اثر غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی خودشفقتی برابر با ۰/۱۵ــ بود (p=۰/۰۲۵). همچنین اثر غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی امیدواری برابر با ۰/۴۶ــ به‌دست آمد (p=۰/۰۰۱). در جدول ۵، شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری شده است.

جدول ۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است. نتایج الگوی معادلات ساختاری اندازه‌گیری‌شدهٔ روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی در شکل ۲ مشاهده می‌شود.

1. χ2/df
2. Comparative fit index
3. Goodness of fit index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Root mean square error of approximation

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵
تفکر عاملی	۱														
تفکر مسیر	۰/۵۷**	۱													
طرد و بریدگی	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۱												
خودگردانی و عملکرد مختل	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۱											
محدودیت‌های مختل	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱										
دیگرجهت‌مندی	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱									
مهربانی	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱								
انسانیت مشترک	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱							
بهشیاری	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱						
روابط مثبت با دیگران	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱					
استقلال	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱				
تسلط محیطی	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۱			
رشد فردی	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۱		
هدف‌مندی	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۱	
پذیرش	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۵۷**	۰/۶۰**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۰/۶۴**	۱

$p<۰/۰۵^{**}$

جدول ۳. برآوردهای ضرایب اثر مستقیم متغیر برون‌زای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر امیدواری و خودشفقتی (وابسته‌های میانی) و متغیر بهزیستی روان‌شناختی (وابستهٔ اصلی)

مسیر	مقدار برآورد	مقدار استاندارد	خطای معیار	فاصلهٔ اطمینان		مقدار احتمال
				حد بیشتر	حد کمتر	
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بهزیستی روان‌شناختی	ـ۰/۶۷	ـ۰/۷۰	۰/۰۸	ـ۶/۲۹	ـ۰/۵۳	<۰/۰۰۱
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به خودشفقتی	ـ۰/۲۵	ـ۰/۱۸	۰/۰۷	ـ۴/۷۷	ـ۰/۱۲	<۰/۰۰۱
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به امیدواری	ـ۰/۹۳	ـ۰/۸۷	۰/۰۹	ـ۹/۴۳	ـ۰/۲۷	<۰/۰۰۱
خودشفقتی به بهزیستی روان‌شناختی	۴/۸۰	۰/۷۵	۰/۰۹	۸/۴۹	۰/۶۲	<۰/۰۰۱
امیدواری به بهزیستی روان‌شناختی	۳/۶۲	۰/۵۳	۰/۰۹	۵/۶۲	۰/۴۴	<۰/۰۰۱

جدول ۴. برآورد اثرات غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت‌استرپ

متغیر			مقدار برآورد	مقدار استاندارد	حد بیشتر	حد کمتر	مقدار احتمال
متغیر پیش‌بین	متغیر واسطه	متغیر ملاک					
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	خودشفقتی	بهزیستی روان‌شناختی	ـ۰/۱۴	ـ۰/۱۵	ـ۰/۲۲	ـ۰/۱۱	۰/۰۲۵
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	امیدواری	بهزیستی روان‌شناختی	ـ۱/۱۹	ـ۰/۴۶	ـ۰/۵۳	ـ۰/۳۲	<۰/۰۰۱

جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش مدل معادلات ساختاری

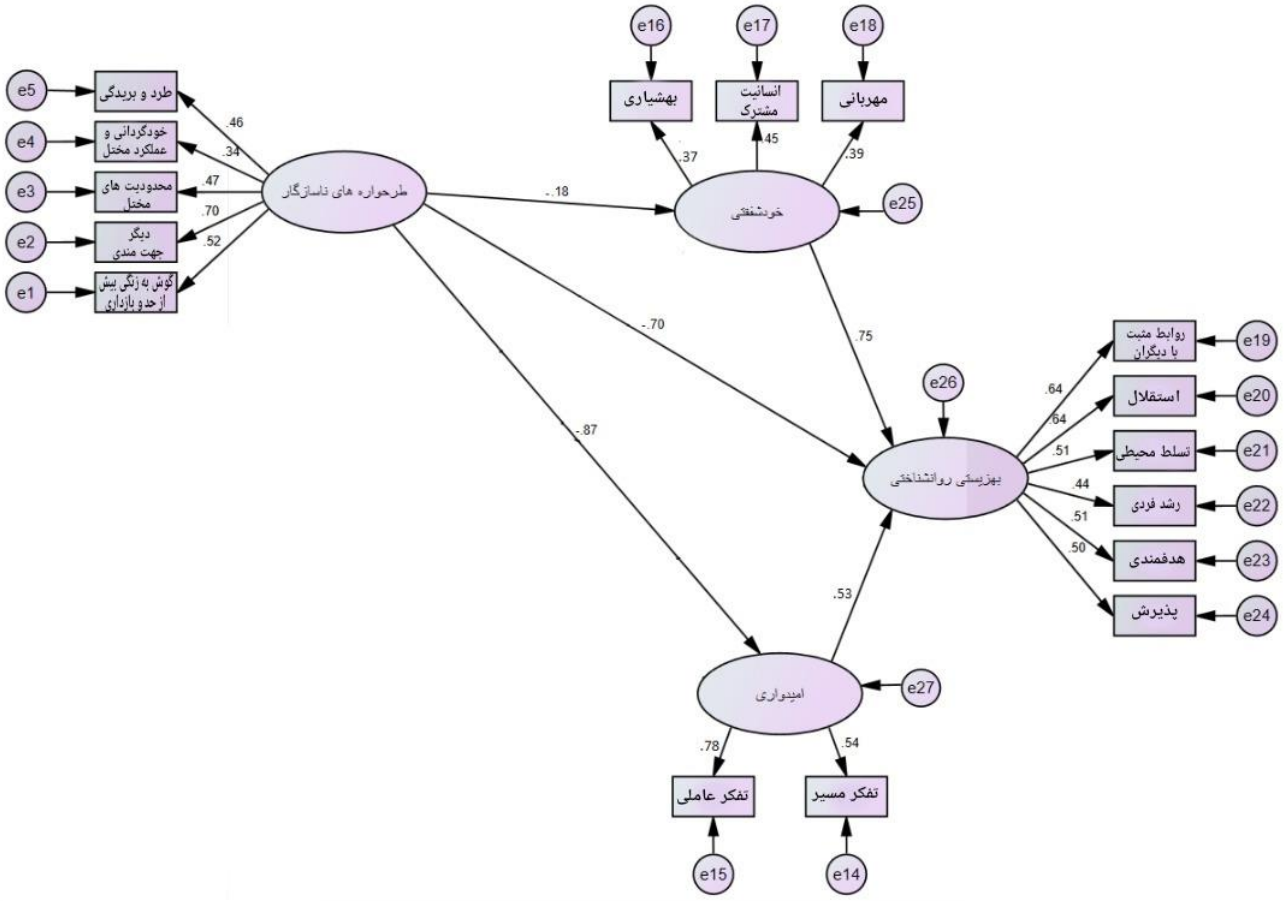
شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی برازش تطبیقی
الگوی ساختاری	۱/۳۸	۰/۰۴۵	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۷

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]



شکل ۲. مدل برازش‌شده برای بررسی تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری با ضرایب استاندارد

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف ارائهٔ مدل ساختاری بهزیستی روان‌شناختی براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، خودشفقتی و امیدواری در زنان مبتلا به اماس انجام شد. نتایج نشان داد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای اثر منفی و معکوس بر بهزیستی روان‌شناختی بودند. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش اورنگ و همکاران مشخص کرد، نمرات بیشتر در طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بروز اختلالات روان‌شناختی همراه است و می‌تواند به‌صورت منفی بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند (۱۴).

در تبیین این یافته در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عامل پیش‌بینی‌کننده برای کاهش پذیرش خود است. در انزوای اجتماعی و بیگانگی این احساس به فرد دست می‌دهد که با دیگران متفاوت است؛ بنابراین فرد از دیگران کناره‌گیری می‌کند و احساس می‌کند به جامعه یا گروه خاصی تعلق خاطر ندارد (۲۸). در یافته‌های پژوهش اشمیت و همکاران افرادی که طرحوارهٔ انزوای اجتماعی و بیگانگی دارند، در پذیرش خود نیز دچار مشکل‌اند؛ زیرا فرد ابتدا با خود احساس بیگانگی و غریبی می‌کند و از نیازها و نقاط ضعف و قوت خویش ناآگاه می‌شود و تلاشی برای آشتی با خود نمی‌کند. این در حالی است که او همان‌گونه که هست، خود را نمی‌پذیرد و از پذیرش دیگران و برقراری رابطهٔ صمیمانه سر باز می‌زند (۲۹). بیماری اماس یکی از عواملی است که باعث می‌شود فرد دست از فعالیت‌های اجتماعی بکشد و از نظر اجتماعی محدودتر شود. درواقع تنهایی و انزوا از عمده مشکلاتی است که بیماران با آن روبه‌رو می‌شوند. براساس نتایج حاصل در این پژوهش، به‌نظر می‌رسد محرومیت در روابط بین‌فردی در بیماران سبب می‌شود شخص با بیان‌نکردن احساسات و عواطف و تأکید افراطی بر منطقی‌بودن احساسات خود، در روابطش با دیگران ادراک کمتری از طرد اجتماعی داشته باشد و به‌گونه‌ای خود را محق برخی از عواطف و احساسات منفی بداند. در همین راستا تیلور و هارپر بیان می‌کنند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مقیاس‌های آسیب‌شناسی روانی ازجمله افسردگی رابطهٔ منفی دارد (۳۰). به‌نظر می‌رسد معنایی که در برخی طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند دیگرجهت‌مندی نهفته است و همچنین احساس تسلط بر محیط و ارزش‌مندی که فرد درنتیجهٔ دیگرجهت‌مندی دریافت می‌کند، می‌تواند دلیل رابطهٔ منفی معنادار بین طرحوارهٔ ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی باشد. در بیماران نیز این امر با قوت بیشتری نمایان می‌شود. فرد بیمار مبتلا به اماس که بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی را از دست داده است، محدودیت‌های بیشتری را درمقایسه با گذشته احساس می‌کند، او برای راضی نگه‌داشتن اطرافیان، داشتن احساس تسلط سودمندی و ترس از تنها ماندن، دیگرجهت‌مندی و

محدودیت‌های مختلف را افزایش می‌دهد؛ همچنین از هر نظر که بتواند برای جلب رضایت اطرافیانش تلاش می‌کند تا با ارضای نیاز دیگران توجه آن‌ها را جلب کند و نیازهای درونی‌اش ارضا شود. ازطرفی افراد با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر، به‌طور عمده هیجانات مثبت زیادتری را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند (۳۱). از سویی افراد با بهزیستی روان‌شناختی کم، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند. همچنین ابعادی که بهزیستی روان‌شناختی را در نظریهٔ ریف و همکاران شکل می‌دهند، عبارت‌اند از: پذیرش خویشتن؛ تسلط بر محیط؛ روابط مثبت؛ هدف در زندگی؛ رشد شخصی؛ خودمختاری. همهٔ این ابعاد بر کارکردهای فردی و اجتماعی و افراد مؤثرند (۳۲). افراد با بهزیستی روان‌شناختی بیشتر، هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند ودارای ارزیابی مثبت از حوادث و وقایع پیرامون خود هستند؛ اما افرادی که بهزیستی کمتری از افراد عادی دارند، هیجانات منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و حوادث و وقایع پیرامون خود را منفی ارزیابی می‌کنند؛ این امر می‌تواند درکارکردهای خانوادگی و کیفیت زندگی بیماران اختلال ایجاد کند؛ همچنین در تبیین یافتهٔ اثر منفی و معکوس طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی، باید ذکر کرد که تجارب ناخوشایند دوران کودکی از طریق ایجاد آسیب‌پذیری شناختی یا شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه که ساختارهای شناختی انعطاف‌ناپذیر و افراطی هستند، منجربه سوگیری منفی در تفسیر اطلاعات شناختی و هیجانی می‌شوند و آشفتگی‌های روانی در بزرگسالی را پیش‌بینی می‌کنند (۳۳). در این زمینه شهاب و همکاران در پژوهش خود با تأکید بر نقش طرحواره‌های هیجانی به مطالعهٔ بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای بیماری اماس پرداختند. آن‌ها تأثیر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افزایش بهزیستی روان‌شناختی را نشان دادند؛ این به آن معنا است که از لحاظ نظری طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تجارب ناگوار زندگی و بهزیستی روان‌شناختی به تجارب و هیجانات مثبت در زندگی فرد اشاره دارند (۳۴). لی[1] با تأکید بر نقش تجارب ناگوار اولیه در زیرساخت‌های شناختی به تأثیر طرحواره‌های هیجانی به‌عنوان عاملی به‌منظور اجتناب از تجربهٔ دردناک اشاره می‌کند که در استقرار تفکر منفی، احساسات و هیجانات منفی نقش بسزایی ایفا می‌کند و در کاهش بهزیستی روان‌شناختی و افزایش اختلالات نقش مهمی دارد (به نقل از ۳۴).

همچنین نتایج نشان داد، خودشفقتی دارای اثر مثبت و مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی بود. این یافته با نتایج پژوهش بائر و همکاران مبنی‌بر رابطهٔ مثبت ذهن‌آگاهی و خودشفقتی بر بهزیستی روان‌شناختی (۳۵) همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، بیماران ازطریق درمان خودشفقتی، یاد می‌گیرند تجربه‌های جدیدی را به‌کار برند؛ این امر موجب منظم‌ترشدن عقایدی ازقبیل باورهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود (۱۰). خودشفقتی به بیماران کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند. این مسئله منجربه بهزیستی روان‌شناختی بیشتر آنان می‌شود. افزایش بهزیستی روان‌شناختی باعث می‌شود بیماران احساس رضایت درونی کنند. دربارهٔ خودشفقتی باید گفت که بیمار خودشفقت‌ورز از احساسات دردناک اجتناب نمی‌کند؛ بلکه با مهربانی و فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آن‌ها نزدیک می‌شود. به‌علاوه خودشفقتی انگیزهٔ بیماران زن و مرد را برای همکاری به‌منظور بهبود بیماری‌شان افزایش می‌دهد. افرادی که خودشفقتی بیشتری دارند، باتوجه به پذیرش زیاد خود و دارابودن خودانتقادی کم، احساس ارزش‌مندی می‌کنند؛ همچنین در تجربهٔ وقایع ناخوشایند که متضمن ارزیابی و مقایسهٔ اجتماعی است، با درنظرگرفتن اینکه همهٔ انسان‌ها امکان دارد خطا کنند و همهٔ انسان‌ها مرتکب اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند (مؤلفهٔ اشتراکات انسانی). این موضوعات سبب می‌شود فرد به‌جای غرق‌شدن در هیجانات منفی و مقصردانستن خود و احساس انزوا و تنهابودن به پذیرش آن‌ها و سعی در جبرانشان برآید؛ بنابراین عزت‌نفس خود را از دست نمی‌دهد و از لحاظ روانی مشکلی نخواهد داشت. براساس این مفهوم بیماران دارای خودشفقتی زیاد، مواجهه با شکست‌ها و ناکامی‌هایی که خود علت آن هستند را می‌پذیرند و معتقد هستند تمامی انسان‌ها نیز می‌توانند دچار لغزش و اشتباهات شوند؛ بنابراین افراد خودشفقت‌ورز، سلامت روانی بیشتری را درمقایسه با افراد دارای خودشفقتی کمتر، تجربه می‌کنند. در تأیید این یافته فرخزادیان و میردریکوند اثربخشی بین خودشفقتی با بهزیستی روانی را نشان داده‌اند که در طول زندگی کیفیت زندگی افراد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۳۶). گومز و همکاران با تأکید بر رابطهٔ بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی، به این مؤلفه‌های روان‌شناختی در زندگی بیماران توجه کرده‌اند (۳۷). پژوهش شیخان و همکاران نیز حاکی از تأثیر افزایش خودشفقتی بر بهبود کیفیت زندگی به‌ویژه در ابعاد جسمانی و روانی بود (۳۸). همچنین بیمارانی که دارای خودشفقتی بیشتری هستند، کیفیت زندگی بهتری دارند و کمتر دچار استرس می‌شوند (۳۹). خودشفقتی به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند؛ چراکه بهزیستی روان‌شناختی افراد بیمار، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد، امیدواری دارای اثر مثبت و مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج پژوهش احمدی طهوری سلطانی و همکاران با تأکید بر نقش مستقیم امیدواری بر بهزیستی معنوی و نقش غیرمستقیم آن بر سلامت روان و درنهایت بهزیستی روان‌شناختی افراد (۴۰)، همسو با نتیجهٔ پژوهش حاضر گویای تأثیر سازهٔ روان‌شناختی امیدواری بر بهزیستی روانی است. عزیز و حسن نیز در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که بین امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد (۱۷) که این یافته با یافتهٔ پژوهش حاضر همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، امید سازه‌ای روان‌شناختی است که منجربه نگرش و گرایش مثبت در مواجهه با مشکلات و ناملایمات می‌شود؛ به‌گونه‌ای‌که دوری از احساسات منفی مانند اضطراب، عصبانیت و غمگینی و انتظار نتایج مثبت توأم با ارزیابی مثبت از بافت اجتماعی و محیط را به‌همراه دارد. امیدواری براساس دیدگاه استات[2]

[1]. Lee

[2]. Staats

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

به‌عنوان زیرساخت‌های شناختی و عاطفی منجربه انتظار روی‌دادن وقایعی مثبت در آینده و افزایش سلامت روانی می‌شود؛ به‌گونه‌ای‌که بهزیستی روانی بیشتری را در زندگی ایجاد می‌کند. پیامد آشکار این فرایند در زندگی افراد دارای بیماری افزایش مقاومت در برابر شرایط ناگوار است (به نقل از ۴۱). درمقایسهٔ افراد امیدوار دربارهٔ تبیین حوادث منفی درمقابل شیوهٔ تبیین افراد غیرامیدوار از این حوادث، این احتمال وجود دارد که افراد با امیدواری کم، در مواجهه با مشکلات زندگی، فشارهای روانی و بیماری‌ها، آن‌ها را به عوامل کلی و باثبات نسبت می‌دهند و زودتر منفعل می‌شوند و درجهت حل مشکلاتشان و درنتیجه سلامتی خودشان کمتر تلاش می‌کنند (۴۲). امیدواری تمایل به اتخاذ دیدگاه امیدوارانه‌تر و مستلزم ارزیابی و پیش‌بینی مثبت شخص دربارهٔ نتایج و پیامدهای وقایع زندگی است؛ بنابراین موجب شکل‌گیری احساس مثبت و رضایت از زندگی در ابعاد مختلف می‌شود و بهزیستی روان‌شناختی را به‌دنبال دارد. همچنین امیدواری به‌معنای آن است که فرد انتظاری قوی داشته باشد که باوجود موانع و دلسردی‌ها در زندگی، همه چیز درست خواهد شد؛ بنابراین افراد امیدوار از بهزیستی روان‌شناختی بیشتری برخوردار خواهند بود (۳۹).

نتایج نشان داد که امیدواری نقش میانجی در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی داشت. یافته‌ها همچنین گویای نقش میانجی خودشفقتی در رابطهٔ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی بود. خودشفقتی با افزایش حساسیت افراد به حضور رنج در خود یا دیگران منجربه تلاش متعهدانه برای التیام و بهبود می‌شود و این گشودگی و التیام‌بخشی منجربه تعدیل آسیب در فرد می‌شود که با مکانسیمی مبتنی‌بر خودیاری، سلامت روان و متعاقب آن تسهیل فرایند بهبود در بیماری را درپی خواهد داشت (۴۳). در پژوهش‌های قبلی، نقش این سازه‌های روان‌شناختی به‌صورت متغیری میانجی بررسی نشده است تا بتوان این یافته‌ها را با یافته‌های پژوهش‌های دیگر مقایسه کرد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، روش‌های غیرآزمایشی دارای محدودیت‌هایی ازقبیل کنترل‌نشدن برخی مداخله‌گرها مانند طبقهٔ اجتماعی است که باید مدنظر قرار بگیرد.

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری اشاره کرد. در سطح عملی، یافته‌های این پژوهش اهمیت و ضرورت توجه به متغیرهای واسطه‌ای را مانند خودشفقتی و امیدواری به‌عنوان عوامل اثرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اماس مطرح کرد. با شناسایی این سازه‌های روان‌شناختی به‌عنوان متغیرهای واسطه‌ای در بیماران مبتلا به اماس می‌توان گامی مؤثر در پیشگیری از پیامدهای نامطلوب در دوران بیماری برداشت. براساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر، با آگاهی از اهمیت الگوهای شناختی در سلامت روان می‌توان طرحواره‌ها را تعدیل کرد و با درک ریشهٔ مشکلات و ناسازگاری‌ها، به بازنگری و ارزیابی مجدد این باورها و تفکرات قالبی پرداخت. همچنین کنترل هیجانات و خودشفقتی و امیدواری را می‌توان از پیامدهای تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانست که پژوهش پیش‌رو در تلاش برای روشنگری و دستیابی به آن بود. در سطح پیامدهای نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند در خدمت نظریه‌های مرتبط با طرحواره‌ها به‌ویژه در حوزهٔ روان‌شناسی سلامت، قرار گیرد. نتایج این پژوهش برای روان‌شناسان حیطهٔ سلامت مفید است. همچنین انجمن‌ها و مؤسساتی که با این گروه از افراد کار می‌کنند، می‌توانند در ارائهٔ خدمت سلامت روان از نتایج این پژوهش بهره‌مند شوند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد، نقش میانجی خودشفقتی و امیدواری در تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهزیستی روان‌شناختی، می‌تواند مدل مناسبی را برای تبیین بهبود روان‌شناختی زنان مبتلا به اماس ارائه دهد.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از بیمارستان‌های امام‌خمینی و میلاد تهران با شماره نامهٔ ۱۷۶ صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Arewasikporn A, Ehde DM, Alschuler KN, Turner AP, Jensen MP. Positive factors, pain, and function in adults with multiple sclerosis. Rehabil Psychol. 2018;63(4):612–20. doi: 10.1037/rep0000242

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

2. Amiri M. Multiple sclerosis in Iran: an epidemiological update with focus on air pollution debate. J Clin Transl Res. 2021;7(1):49-60. http://dx.doi.org/10.18053/jctres.07.202101.012
3. Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Marrie RA, et al. Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. Mult Scler. 2020;26(14):1816–21. doi: 10.1177/1352458520970841
4. Harirchian MH, Fatehi F, Sarraf P, Honarvar NM, Bitarafan S. Worldwide prevalence of familial multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. Mult Scler Relat Disord. 2018;20:43–7. doi: 10.1016/j.msard.2017.12.015
5. Bambara JK, Turner AP, Williams RM, Haselkorn JK. Social support and depressive symptoms among caregivers of veterans with multiple sclerosis. Rehabil Psychol. 2014;59(2):230–5. doi: 10.1037/a0036312
6. Veldhuijzen van Zanten J, Douglas MR, Ntoumanis N. Fatigue and fluctuations in physical and psychological wellbeing in people with multiple sclerosis: A longitudinal study. Mult Scler Relat Disord. 2021;47:102602. doi: 10.1016/j.msard.2020.102602
7. Tough H, Siegrist J, Fekete C. Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. BMC Public Health. 2017;17(1):414. doi: 10.1186/s12889-017-4308-6
8. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;54:403–25. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
9. Khushnood K, Sultan N, Awan MMA. Virtual reality: a source to improve physical and mental wellbeing. J Coll Physicians Surg Pak. 2020;30(9):999. doi: 10.29271/jcpsp.2020.09.999
10. Arab S, Borjali A, Meschi F, Kakavand A, Zakerihamidi M. The effect of self-compassion training on menopausal attitudes in women with vasomotor symptoms. Positive Psychology Research. 2020;5(4):65-76. [Persian] doi: 10.22108/ppls.2020.119217.1810
11. Booth NR, McDermott RC, Cheng H-L, Borgogna NC. Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. J Couns Psychol. 2019;66(6):755–62. doi: 10.1037/cou0000350
12. Chen Y, Yang X, Wang L, Zhang X. A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in Chinese nursing students. Nurse Educ Today. 2013;33(10):1166–72. doi: 10.1016/j.nedt.2012.11.014
13. Wang Y, Chang Y, Fu J, Wang L. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. BMC Public Health. 2012;12(1):915. doi: 10.1186/1471-2458-12-915
14. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well-being of the elderly. Salmand. 2017;12(3):326-45. [Persian] doi:10.21859/sija.12.3.326
15. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. Child Abuse & Neglect. 2020 ; 99:104235. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235
16. Abbasi M, Aghighi A, Porzoor P, Dehqan M. Comparison of early maladaptive schemas and psychological well-being in women undergoing cosmetic surgery and normal women. Journal of Research & Health. 2017;7(3):841-9. [Persian] doi: 10.18869/acadpub.jrh.7.3.841
17. Aziz IA, Hassan SS. Investigating the association between psychological well-being and hope among the IDPs in Erbil. Zanco Journal of Humanity Sciences. 2019;23(3):539–48. doi: 10.21271/zjhs.23.s3.36
18. Hooman HA. Structural equation modeling using Lisrel software. 7th ed. Tehran: Samt; 2016. pp: 31-53. [Persian]
19. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality and Social Psychology. 1989;57(6):1069–81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
20. Asghari F, Saadat S, Karajvandani SA, Kokaneh SJ. The relationship between academic self-efficacy and psychological well-being, family cohesion, and spiritual health among students of Kharazmi University. Iranian Journal of Medical Education. 2014;14(7):581–93. [Persian]
21. Young JE. Young Schema Questionnaire Short Form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andooz Z, tranlators. Tehran: Arjmand; 1998. [Persian]
23. Yousefi R. Barrrasi asarbakhshi va moghayeseye do modakheleye amuzeshe goruhi tarhvare mehvar va sabke zendegi mehvar dar afzayeshe rezayate zanashoyi. [The study effectiveness and comparison of schema-focused and life style-focused group training intervention in marital satisfaction enhancement]. [PhD dissertation]. [Tehran]: Shahid Beheshti University; 2010. [Persian]
24. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. 2003;2:223–50.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]

25. Azizi A, Mohammadkhani P, Foroughi AA, Lotfi S, Bahramkhani M. The validity and reliability of the Iranian version of the self-compassion scale. Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology. 2013;1(3):17–23. [Persian]
26. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570–85. doi: 10.1037//0022-3514.60.4.570
27. Bahadory KhosroShahi J, Hashemi Nosrat Abad T. The relationship between hope and resilience and psychological well-being in students. Studies in Medical Sciences. 2012:23(2):115–22. [Persian]
28. Christ G, Carolyn M, Lynn B. editors. Handbook of oncology social work: psychosocial care for people with cancer. Oxford: Oxford University Press; 2015. pp: 358-9.
29. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The Schema Questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. Cognit Ther Res. 1995;19(3):295-321. https://doi.org/10.1007/BF02230402
30. Taylor CDJ, Harper SF. Early maladaptive schema, social functioning and distress in psychosis: a preliminary investigation. Clin Psychol. 2017;21(2):135-142. doi: 10.1111/cp.12082
31. Strober LB. Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): importance of adopting a biopsychosocial model. Disabil Health J. 2018;11(4):555-561. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.05.003
32. Hashemi Nosratabad T, Babapour Khairuddin J, Bahadori Khosroshahi J. The role of psychological capital in psychological well-being according to the adjusting effects of social capital. Social Psychology Research. 2019;1(4):123-141. [Persian]
33. Farazmand Sh, Mohammadkhani P, Pourshahbaz A, Dolatshahi B. Mediating role of maladaptive schemas between childhood emotional maltreatment and psychological distress among college students. Iranian Journal of Practice in Clinical Psychology. 2015;3(3):209-17. [Persian] http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-265-en.html
34. Shahab A, Ahadi H, Jomehri F, Kraskian-Mujembari A. The effectiveness of group emotional schema therapy on subjective, well-being, fatigue of patients with multiple sclerosis in Shiraz. Psychological Methods and Models. 2020;10(38):77-96 [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_4236.html?lang=en
35. Baer RA, Lykins ELB, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. The Journal of Positive Psychology. 2012;7(3):230–8. doi: 10.1080/17439760.2012.674548
36. Farokhzadian A, Mirderekvand F. The effectiveness of self-compassion focused therapy on increase of psychological well-being and reduction of depression in the elderly. Aging Psychology. 2018;3(4):293-302. [Persian]
37. Gómez MMN, Vargas Gutiérrez RM, Castellanos SAO, Vergara MP, Pradilla YKR. Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. Terapia Psicologia. 2010;28(1):69-84. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100007
38. Sheykhan R, Ghadampour E, Aghabozorgi R. The effect of self-compassion training on body image and quality of life in women with breast cancer without metastasis under chemotherapy. Clinical Psychology Studies. 2019;9(35):131-45. [Persian] doi: 10.22054/JCPS.2019.42476.2137
39. Khoshnoudfar Z, Omidvar B, Tahmasebi S. The relationship between self-compassion and spiritual health with quality of life and mood in women with breast cancer. Sadra Medical Journal. 2018;7(1):23-36. [Persian] doi: 10.30476/smsj.2018.4475
40. Ahmadi Tahour Soltani M, Zareh H, Mohammadi T, Zoqi Pydar MR. Structural modeling pattern of relationships between goal orientation, hope, spiritual well-being and mental health of students. Journal of Research & Health. 2014;4(4):911-9. [Persian] https://jrh.gmu.ac.ir/article-1-390-en.html
41. Rahimi S, Hajloo N, Basharpoor S. The prediction of psychological well-being among students of Mohaghegh Ardebili University in 2018 based on the perspective of time dimensions (the mediator role of life expectancy): a descriptive study. Journal of Rafsanjan University Medical Sciences. 2019;18(7):657-74. [Persian] http://journal.rums.ac.ir/article-1-4504-fa.html
42. Alipour A, Rahmanian M, Alibakhshi S. The effect of hope therapy on reducing dysfunctional attitudes of female patients with multiple sclerosis. Positive Psychology Research. 2020;5(3):71-82. [Persian] doi: 10.22108/ppls.2020.117581.1762
43. Mousavi SM, Khoshli AK, Asadi J, Abdollahzadeh H. Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment therapy on distress tolerance in women with systemic lupus erythematosus. Journal of Psychological Sciences. 2021;20(99):453-60. [Persian] http://psychologicalscience.ir/article-1-860-en.htmlER

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-07]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.215.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.204]