

October-November 2025, Volume 13, Issue 4

Comparing the Effectiveness of Emotion Efficacy Therapy and Compassion Focused Therapy on the Dimensions of Meta-Emotion, in Women with Multiple Sclerosis

Elahe Jafari Fesharaki¹, Zohreh Raeisi^{2*}, Mohammad Soltanizadeh³,
Masoud Etemadifar⁴, Parinazsadat Sajjadian⁵

1. Ph D Student of Psychology, Department of Psychology, Na.C. Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Na.C. Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

4. Professor, Department of Neurosurgery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

5. Assistant Professor, Department of Psychology, Na.C. Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Corresponding Author: Zohreh Raeisi, Associate Professor, Department of Psychology, Na.C. Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E-mail: zohrehraeisi46@iau.ac.ir

Received: 17 Jun 2025

Accepted: 21 Sep 2025

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis (MS) is one of the chronic neurological disorders in which emotion regulation plays a significant role. Since meta-emotional dimensions (emotional reactions to primary emotions) are crucial in this process, the present study aimed to compare the effectiveness of Emotion Efficacy Therapy (EET) and Compassion-Focused Therapy (CFT) on meta-emotions in women with MS.

Methods: This study employed a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and three-month follow-up, along with a control group. The statistical population included all women diagnosed with Multiple Sclerosis who were referred to MS specialized centers in Isfahan during the second half of 2023. Considering potential participant attrition, a sample of 54 women with MS was selected using convenience sampling. Participants were then randomly assigned to three groups: Emotion Efficacy Therapy (EET), Compassion-Focused Therapy (CFT), and a control group (18 participants per group). Both interventions were conducted in eight 90-minute sessions held weekly. The research instrument was the Metamood Questionnaire by Mitmansgruber (2009). Data analysis was performed using repeated measures ANOVA with SPSS version 26.

Results: The findings revealed significant differences in the scores of positive and negative meta-emotional dimensions, including facets of meta-compassion, meta-interest, meta-anger, meta-shame, and meta-inhibition between the experimental groups and the control group in both post-test and follow-up phases ($P < 0.01$). In other words, both EET and CFT were effective in improving meta-emotions, and these effects were maintained during the follow-up phase. However, adjusted mean comparisons showed no significant difference between the two therapy groups in any of these components ($P > 0.05$). Additionally, in the component of "meta-cognitive control," despite observable changes in the mean scores of both therapy groups in post-test and follow-up, these changes were not statistically significant ($P > 0.05$).

Conclusions: Based on the obtained results, it can be concluded that both Emotion Efficacy Therapy and Compassion-Focused Therapy are effective in improving meta-emotional dimensions, fostering more balanced emotional responses to internal experiences in patients. The persistence of these changes in the follow-up phase further indicates the long-term efficacy of these interventions. However, regarding the component of meta-cognitive control, neither therapy had a significant effect, which may point to the cognitive complexity of this dimension and the need for more cognition-focused interventions.

Keywords: Emotion Efficacy Therapy (EET), Compassion-Focused Therapy (CFT), Meta-Emotions, Multiple Sclerosis (MS).

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد مثبت و منفی فراهیجان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

الهه جعفری فشارکی^۱، زهره رئیسی^{۲*}، محمد سلطانی زاده^۳، مسعود اعتمادی فر^۴، پریناز سادات سجادیان^۵

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴- استاد، گروه علوم مغز و اعصاب، واحد علوم پزشکی اصفهان، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: زهره رئیسی، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

ایمیل: zohrehraeisi46@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۶/۳۰

چکیده

مقدمه: بیماری ام‌اس یکی از اختلالات مزمن عصبی است که تنظیم هیجان در آن اهمیت ویژه‌ای دارد. از آنجا که ابعاد فراهیجان (واکنش‌های هیجانی نسبت به هیجانات اولیه) نقش مهمی در این فرایند ایفا می‌کنند، مطالعه حاضر به مقایسه اثربخشی درمان کارآمدی هیجانی و درمان شفقت بر فراهیجان زنان مبتلا به ام‌اس پرداخته است.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی ام‌اس شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود. نمونه با در نظر گرفتن احتمال ریزش شرکت‌کنندگان ۵۴ نفر از زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در نظر گرفته شد؛ که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از شیوه تصادفی ساده در سه گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۸ نفر) و هر دو درمان در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه فراهیجان میتمانس‌گروبر (۲۰۰۹) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که در نمرات ابعاد فراهیجان مثبت و منفی، شامل مؤلفه‌های فراشفقت، فراعلاقه، فراخشم، فراشرم و فرابازداری، بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)؛ به عبارت دیگر، هر دو درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (EET) و مبتنی بر شفقت (CFT) در بهبود فراهیجان اثربخش بوده‌اند و اثرات این مداخلات در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. با این حال، مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد که بین دو گروه درمانی در هیچ‌یک از این مؤلفه‌ها تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون‌ها نشان داد که در مؤلفه «فراکنترل فکر» با وجود تغییرات مشاهده‌شده در میانگین نمرات دو گروه درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، این تغییرات از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که هر دو درمان کارآمدی هیجانی و شفقت‌محور در بهبود ابعاد فراهیجان مؤثر بوده و موجب تقویت پاسخ‌های متعادل‌تری نسبت به هیجان‌های درونی در بیماران شده‌اند. پایداری این تغییرات در مرحله پیگیری نیز گواهی بر تأثیر بلندمدت این مداخلات دارد. با این حال، در مؤلفه فراکنترل فکر، هیچ‌یک از دو درمان تأثیر معناداری نداشتند که این موضوع می‌تواند به پیچیدگی‌های شناختی این مؤلفه و نیاز به مداخلات شناخت‌محورتر اشاره داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان کارآمدی هیجانی، درمان شفقت، ابعاد فراهیجان، مولتیپل اسکلروزی.

عملکرد هیجانی ضعیف همراه هستند (۱۳). این وضعیت با افزایش نشانه‌های اضطراب و افسردگی و همچنین تشدید علائم بیماری‌هایی چون ام‌اس مرتبط است (۱۴). در مقابل، فراهیجانات مثبت با راهبردهای انطباقی، بهبود عملکرد روانی-اجتماعی، تعاملات اجتماعی بیشتر و کاهش اضطراب و افسردگی مرتبط هستند (۱۵).

به این ترتیب با توجه به آنچه گفته شد؛ ارائه مداخلات روان‌شناختی جهت بهبود ابعاد فراهیجان در زنان مبتلا به ام‌اس از جمله مسائل موردتوجه محققان است. با وجود اثربخشی بسیاری از درمان‌های روان‌شناختی، در برخی اختلال‌ها بهبودی کامل حاصل نمی‌شود و بازگشت علائم امری رایج است (۱۶). از سوی دیگر عدم تعادل هیجانی نقش مهمی در تشدید و عود علائم بیماری مولتیپل اسکلروزیس دارد (۱۷) و بدتنظیمی هیجانی می‌تواند اثرات جسمی و روانی طولانی‌مدتی بر این بیماران بگذارد (۱۸). در این راستا، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی (Emotion Efficacy Therapy (EET به‌عنوان رویکردی نوظهور، به دنبال افزایش توانایی افراد برای تجربه هیجان و پاسخگویی مؤثر، متناسب با بافت و همسو با ارزش‌ها است و بر این فرض استوار است که برخلاف درد، رنج کشیدن قابل‌اجتناب است؛ همان رنجی که افراد به دنبال پاسخگویی نامؤثر نسبت به هیجانات خود متحمل می‌شوند و با تأکید بر سه مکانیسم فراتشخیصی (عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی و نشخوار/نگرانی) که بیشترین نقش در بدتنظیمی هیجان را دارند، آسیب‌شناسی روانی را هدف قرار می‌دهد. درواقع این درمان، مؤلفه‌های کلیدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری را تلفیق کرده است و با پنج مؤلفه کلیدی (آگاهی هیجانی، پذیرش ذهن‌آگاهانه، عمل ارزش‌محور، مقابله ذهن‌آگاهانه و مواجهه فعال) به بیماران کمک می‌کند به جای حذف، سرکوب و نادیده گرفتن هیجانات، رابطه‌ای سازنده با هیجانات خود برقرار کنند و در مسیر ارزش‌های خود گام بردارند (۱۹).

در کنار درمان کارآمدی هیجانی، یکی دیگر از مداخلات جدید و مؤثر در حوزه روان‌درمانی که کارآزمایی‌های بالینی متعددی اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند، درمان مبتنی بر شفقت (CFT): Compassion-Focused Therapy معرفی شده توسط گیلبرت است (۲۰). این رویکرد بر

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یک اختلال خودایمنی مزمن سیستم عصبی مرکزی است و با التهاب، دمیالیناسیون و تخریب عصبی مشخص می‌شود (۱)؛ که در آن غلاف‌های میلین از بین می‌روند یا آسیب می‌بینند و گلبول‌های سفید به دستگاه‌ها و اندام‌های بدن حمله می‌کند (۲). میانگین سنی ابتلا به بیماری ام‌اس تقریباً ۳۰ سال و شیوع در زنان حدود دو برابر مردان است (۳)؛ اما چهره زنانه بیماری ام‌اس، چیزی فراتر از بعد آماری آن است چراکه زنان مبتلا به ام‌اس علاوه بر مشکلات ناشی از این بیماری که با مردان مشترک هستند، ام‌اس را از چند جهت متفاوت‌تر از مردان تجربه می‌کنند. نخست این‌که این بیماری چون منجر به ناتوانی می‌شود، انجام نقش‌های مادری، همسری، مراقبتی و خانه‌داری را دچار مشکل می‌کند (۴). دوم، علاوه بر ناتوانی، استرس زنان پس از ابتلا به بیماری بیشتر از مردان و اختلال در تنظیم هیجان آن‌ها نیز به شکل قابل توجهی بیش از بیماران مرد می‌باشد (۵). برآوردهای اخیر شیوع جهانی این بیماری را حدود ۲/۸ میلیون نفر (۶) و در ایران ۹ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر گزارش کرده‌اند (۷). افراد مبتلا به ام‌اس، علائم جسمی شناختی و هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند (۸). از جمله مسائلی که بیماران ام‌اس با آن درگیر هستند؛ مشکلات بیشتر در بدتنظیمی هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان است (۹). از آنجایی که ابعاد فراهیجان نقش مهمی در تنظیم هیجان ایفا می‌کند (۱۰)؛ به نظر می‌رسد یکی از فاکتورهای مهم روان‌شناختی که در بیماری ام‌اس نقش دارد؛ ابعاد فراهیجانی است (۱۱) فراهیجان به مجموعه‌ای از احساسات و هیجانات اشاره دارد که فرد برای توصیف هیجان‌های خود از آن‌ها استفاده می‌کند (۱۰). این هیجانات اغلب در پاسخ به هیجان‌های اولیه بروز می‌یابند مانند زمانی که فرد از این که احساس خشم دارد خجالت می‌کشد (۱۱). فراهیجان‌ها به دو بخش فراهیجان‌های مثبت و فراهیجان‌های منفی تقسیم می‌شود؛ به‌طوری که فراهیجان‌های مثبت قابلیت توانایی فرد در پذیرش هیجان‌های خود مانند فرادلسوزی و فراعلاقه است و فراهیجان‌های منفی ناتوانی فرد در پذیرش هیجان‌های خود مانند فراخشم و فراشرم است (۱۲). فراهیجانات منفی معمولاً با راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان و ضعف در

چهار حوزه اصلی تمرکز دارد: تجارب گذشته و تاریخچه فردی، ترس‌های بنیادین، راهکارهای ایجاد احساس امنیت و پیامدهای غیرمنتظره (۲۱). بر اساس اصول اساسی این درمان، عوامل تسکین‌بخش بیرونی باید به تدریج درونی شوند تا ذهن انسان همان‌گونه که به آرام‌سازی بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در برابر این منابع درونی نیز احساس آرامش و ایمنی داشته باشد (۲۲). محور مرکزی درمان شفقت، پرورش ذهن شفقت‌ورز است؛ به‌گونه‌ای که مراجعان به‌جای سرزنش، محکوم‌سازی یا خودانتقادی، بتوانند رابطه‌ای مهربانانه و حمایت‌گر با خود برقرار کنند (۲۳). از آنجا که این درمان موجب افزایش آگاهی هیجانی افراد نسبت به احساساتشان می‌شود، به‌عنوان راه‌بردی هیجان‌محور شناخته می‌شود (۲۴). درمان شفقت دو هدف اساسی را دنبال می‌کند: نخست، کاهش خصومت‌های جهت‌گیری‌شده به‌سوی خود و دوم، ارتقای توانمندی فرد در ایجاد احساس خوداطمینانی، مهربانی و خودتسکینی؛ ویژگی‌هایی که می‌توانند به‌عنوان پادزهری در برابر تجربه تهدید عمل کنند (۲۵).

شواهد پژوهشی متعددی اثربخشی درمان‌های کارآمدی هیجانی و شفقت‌محور را بر متغیرهای روان‌شناختی تأیید کرده‌اند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود: نتایج پژوهش نجفی و همکاران نشان داد که درمان کارآمدی هیجانی در بهبود ابعاد فراهیجان در زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است (۲۶). همچنین، چراغی و عناصری در پژوهشی دیگر، اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را بر کاهش نشانگان اضطراب، درد و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به بیماری سیستمیت بینایی (سندرم مثنه دردناک) گزارش کردند (۲۷). متحملیان و سجادیان نیز در مطالعه‌ای، اثربخشی این درمان را بر کاهش علائم اضطراب درد، افزایش پذیرش درد و کاهش ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند (۲۸). از سوی دیگر، یافته‌های ایزدی و همکاران حاکی از اثربخشی یکسان درمان‌های متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر ناگویی هیجانی در دختران نوجوان دارای علائم روان‌تنی بود (۲۹). همچنین، عزیزپور و همکاران نشان دادند که درمان شفقت‌محور موجب افزایش امید به زندگی و کاهش نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شده

است (۳۰). در همین راستا، پژوهش صفرزاده و ساروی نیز بیانگر آن بود که درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان یک رویکرد هیجان‌محور می‌تواند کیفیت زندگی و تاب‌آوری را در بیماران مبتلا به ام‌اس ارتقاء دهد و در فرآیند توان‌بخشی روان‌شناختی آنان نقش مؤثری ایفا کند (۳۱).

علیرغم توجهی که پژوهش‌ها به بررسی تأثیر مداخلات در بیماری‌های جسمی به خصوص ام‌اس داشته‌اند تاکنون هیچ پژوهشی درمان کارآمدی هیجانی و شفقت‌محور را به‌طور همزمان و مقایسه‌ای روی ابعاد فراهیجان زنان ام‌اس بررسی نکرده است که نشان‌دهنده شکاف تحقیقاتی در این زمینه است انتخاب این دو درمان برای مقایسه با یکدیگر بر مبنای تفاوت در مکانیسم‌های اصلی و تکنیک‌های این دو رویکرد برای اثرگذاری بر تنظیم هیجان زنان ام‌اس است به‌گونه‌ای که تمرکز درمان شفقت بر ایجاد خود مشفق و تمرکز درمان کارآمدی هیجانی بر مقابله مؤثر با هیجانات از طریق پذیرش و عمل ارزش‌محور است و جنبه نوآوری پژوهش محسوب می‌شود از طرف دیگر با توجه به مزمن بودن بیماری، عوارض متعدد و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی و نقش پررنگ بدتنظیمی هیجان در زنان ام‌اس که ابعاد فراهیجان در آن نقش دارد انجام پژوهش در خصوص انتخاب درمان مناسب جهت بهبود ابعاد فراهیجان ضرورت می‌یابد؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فراهیجان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دوره‌ی پیگیری سه‌ماهه و همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی ام‌اس شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که ابتدا با هماهنگی انجمن تخصصی ام‌اس اصفهان، اطلاع‌رسانی لازم در مورد اهداف و مراحل پژوهش

انجام شد. سپس از میان مراجعه‌کنندگان زن مبتلا به ام‌اس که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند (از جمله تشخیص قطعی MS توسط پزشک، سن ۱۸ تا ۵۵ سال، رضایت برای شرکت و عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی شدید یا اختلالات روان‌پریشی)، تعداد ۵۴ نفر به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. به‌منظور تعیین کفایت حجم نمونه، تحلیل توان آماری انجام شد. با در نظر گرفتن آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر، اندازه اثر متوسط ($f=0/25$)، سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰ حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای سه گروه برابر با ۵۱ نفر برآورد شد. با توجه به احتمال ریزش، ۵۴ نفر در مطالعه شرکت داده شدند که این تعداد برای دستیابی به توان مناسب در تحلیل‌ها کفایت دارد. فرآیند انتخاب بدین شکل بود که در بازه زمانی سه‌ماهه دوم سال ۱۴۰۲، هر یک از مراجعه‌کنندگانی که معیارهای ورود را داشتند؛ به‌عنوان نمونه وارد مطالعه شدند. پس از انجام پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۸ نفره شامل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل گمارده شدند. از آنجا که نمونه‌گیری بر اساس دسترسی به مراجعه‌کنندگان و داوطلبان موجود انجام شد و همه افراد واجد شرایط وارد مطالعه نشدند، این نوع نمونه‌گیری از نوع غیراحتمالی هدفمند و در دسترس محسوب می‌شود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عود بیماری، غیبت بیش از دو جلسه یا ناتوانی در ادامه درمان بود.

برای شروع پژوهش پس از اخذ کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.056 از واحد پژوهش دانشگاه آزاد نجف‌آباد به انجمن ام‌اس شهر اصفهان مراجعه نموده و بعد از تبیین طرح برای مدیریت و پزشکان اعلام فراخوان برای طرح پژوهشی انجام شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود، از افراد واجد شرایط رضایت آگاهانه گرفته شد و برای همه آن‌ها با هدف هماهنگی جلسات و پرسش و پاسخ در طی دوره، در پیام‌رسان ایتا به صورت جداگانه گروه تشکیل شد و انتهای هر جلسه ویس آموزش همان جلسه در گروه ارسال می‌شد. گروه‌های آزمایشی تحت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اساس بسته مک‌کی و وست (۲۰۱۶) (۱۹) و درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت

جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه فراهیجان (MSE): پرسشنامه فراهیجان توسط میتمانسگروبر، بک، هافر و اسکوبلر (Mitmansgruber, Beck, Höfer, Schüßler) در سال ۲۰۰۹ طراحی شد (۳۲). این پرسشنامه شامل ۲۸ گویه و دو بُعد فراهیجان مثبت (۱۵ گویه) و فراهیجان منفی (۱۳ گویه) است. بُعد فراهیجان منفی شامل مؤلفه‌های خشم (گویه‌های ۳، ۵، ۱۵، ۲۷)، شرم (گویه‌های ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۲۰، ۲۱)، مهار شدید (گویه‌های ۱، ۶، ۸، ۱۹، ۲۶) و فرونشانی (گویه‌های ۱۰، ۲۵) است. بُعد فراهیجان مثبت نیز شامل مؤلفه‌های شفقت (گویه‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۲۲، ۲۴) و علاقه (گویه‌های ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۳، ۲۸) می‌باشد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «کاملاً نادرست» (۱) تا «کاملاً درست» (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ، توسط سازندگان برای بُعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. همچنین، ضرایب همبستگی این مقیاس با ابزار شخصیت نئو و پرسشنامه افسردگی بک معنادار گزارش شده است (۳۲). این ابزار برای استفاده در فرهنگ ایرانی ترجمه و سپس مورد بررسی روایی و پایایی قرار گرفته است. پژوهشگران ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این مقیاس را ارزیابی کرده و برای بررسی روایی، از تحلیل عاملی تأییدی و

خرده‌مقیاس‌های هوش عاطفی همبستگی معناداری دارند (۳۳). در مطالعه حاضر، ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای بُعد فراهیجان مثبت ۰/۸۴ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۷ به دست آمد. در ادامه خلاصه هر دو درمان در جدول ۱ و ۲ آمده است.

همبستگی میان این مقیاس و مقیاس هوش هیجانی استفاده کردند. نتایج آن‌ها نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس فراهیجان مثبت برابر با ۸۷/۰، فراهیجان منفی ۷۰/۰ و برای کل مقیاس ۸۹/۰ است. همچنین آن‌ها دریافتند که این ابزار از برازش عاملی مناسبی برخوردار بوده و خرده‌مقیاس‌های آن با

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر اساس بسته درمانی مک‌کی و وست (۲۰۱۶)

جلسات	محتوا
اول	خوش آمدگویی و انجام پیش‌آزمون، آگاهی از هیجان، تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین تماشا کردن هیجان و معرفی تمرین مهارت‌ها و برگه ثبت مهارت‌ها
دوم	آموزش و تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، معرفی اجتناب از هیجان، آموزش موج‌سواری روی هیجان
سوم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش لحظه انتخاب، معرفی عمل کردن براساس ارزش‌ها و موانع هیجانی
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولاهای در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصویری
پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش مقابله ذهن آگاهانه، معرفی تن آرامی با مواجهه هیجانی، تمرین مهارت‌های خود آرام‌سازی همراه با مواجهه هیجانی
ششم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش و تمرین افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان، آموزش و تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان
هفتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصویری یا هیجانی
هشتم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصویری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، انجام پس‌آزمون

جدول ۲. جلسات درمان مبتنی بر شفقت براساس بسته درمانی گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، بررسی انتظارات درمانی، آشنایی اعضا و درمانگر و توضیح اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت
دوم	توضیح و تبیین مغز تکامل‌یافته (مغز قدیم مغز جدید و مغز آگاه)، تمایز تقصیر تو نیست و مسئولیت‌پذیری، آموزش تمرین تنفس ذهن آگاهانه
سوم	مفهوم‌سازی سیستم‌های تنظیم هیجان و نحوه تعامل آن‌ها و چگونگی تأثیر آن بر فرد، تمرین تنفس توجه آگاهانه.
چهارم	معرفی ویژگی‌ها و مهارت‌های شفقت و شناخت فرد مشفق
پنجم	آموزش استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه، تمرین خودهای چندگانه
ششم	آموزش تصویرپردازی مشفقانه و تجربه حسی مشفقانه، آموزش تصویرسازی ایجاد مکانی امن
هفتم	آموزش احساس مشفقانه، رفتار مشفقانه و نوشتن نامه مشفقانه
هشتم	جمع‌بندی و مرور مفاهیم بررسی شده انجام پس‌آزمون

SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها

ریزشی در نمونه‌های هیچ‌یک از گروه‌ها اتفاق نیفتاد و نرخ مشارکت در پژوهش ۱۰۰ درصد بود. نتایج آزمون خی دو برای مقایسه سن و تحصیلات گروه‌ها در جدول ۳ گزارش شد.

در تحلیل آماری داده‌ها در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو - ویلک برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار

الیه جعفری فشارکی و همکاران

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو برای مقایسه سن و تحصیلات گروه‌ها

متغیر	سطح	درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	درمان مبتنی بر شفقت	کنترل	معنی‌داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن	۲۹ تا ۳۱ سال	۳ (۲۰/۰)	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰/۰)	۰/۹۸۶
	۳۲ تا ۳۴ سال	۴ (۲۶/۷)	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰/۰)	
	۳۵ تا ۳۷ سال	۴ (۲۶/۷)	۶ (۴۰/۰)	۷ (۴۶/۷)	
	۳۸ تا ۴۰ سال	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰/۰)	۲ (۱۳/۳)	
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۶ (۴۰/۰)	۷ (۴۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	۰/۸۵۸
	فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰/۰)	۲ (۱۳/۳)	
	لیسانس	۷ (۴۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان برابر $34/66 \pm 2/45$ ، در گروه درمان مبتنی بر شفقت برابر $34/86 \pm 2/74$ و گروه کنترل $35/06 \pm 2/89$ است. طبق نتایج جدول ۳، گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن و تحصیلات تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش و مؤلفه‌های آن‌ها آورده شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ابعاد فراهیجان (فراهیجان مثبت و منفی) و مؤلفه‌های آن‌ها به تفکیک سه گروه و سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه کنترل	انحراف معیار
	زمان	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فراهیجان مثبت	پیش آزمون	۴۴/۸۶۷	۸/۳۷۴	۴۴/۳۳۳	۹/۴۴۷
	پس آزمون	۵۸/۰۰۰	۸/۶۸۵	۵۶/۴۰۰	۱۱/۰۵۰
	پیگیری	۵۶/۴۰۰	۷/۹۱۷	۵۴/۴۶۷	۱۰/۶۳۶
فرا شفقت	پیش آزمون	۲۵/۴۰۰	۶/۴۰۰	۲۵/۲۶۷	۷/۶۳۰
	پس آزمون	۳۳/۴۰۰	۶/۵۴۴	۳۲/۶۶۷	۷/۲۸۷
	پیگیری	۳۲/۱۳۳	۶/۰۶۹	۳۱/۱۳۳	۷/۹۲۴
فرا علاقه	پیش آزمون	۱۹/۴۶۷	۳/۴۸۲	۱۹/۰۶۷	۲/۸۴۰
	پس آزمون	۲۴/۶۰۰	۳/۶۸۰	۲۳/۷۳۳	۴/۹۳۴
	پیگیری	۲۴/۲۶۷	۳/۲۶۱	۲۳/۲۶۷	۴/۲۱۷
فراهیجان منفی	پیش آزمون	۶۱/۷۳۳	۱۰/۵۱۲	۶۲/۸۰۰	۱۱/۵۲۸
	پس آزمون	۴۷/۳۳۳	۹/۵۷۴	۴۶/۹۳۳	۹/۷۵۷
	پیگیری	۴۷/۳۳۳	۱۰/۴۱۷	۴۷/۰۰۰	۹/۹۷۱
فرا خشم	پیش آزمون	۱۷/۷۳۳	۳/۲۴۰	۱۵/۳۳۳	۴/۲۳۷
	پس آزمون	۱۰/۵۳۳	۳/۴۶۱	۱۰/۹۳۳	۲/۸۶۵
	پیگیری	۱۱/۰۰۰	۴/۲۰۹	۱۱/۳۳۳	۳/۰۸۶
فرا شرم	پیش آزمون	۱۹/۰۶۷	۳/۱۷۳	۱۹/۳۳۳	۵/۳۴۱
	پس آزمون	۱۴/۸۶۷	۴/۲۷۴	۱۳/۴۶۷	۴/۴۷۰
	پیگیری	۱۴/۷۳۳	۳/۰۳۵	۱۳/۶۰۰	۴/۳۰۶
فرا کنترل فکر	پیش آزمون	۲۰/۸۶۷	۴/۸۰۹	۲۰/۱۳۳	۵/۰۵۵
	پس آزمون	۱۷/۰۰۰	۳/۷۴۲	۱۷/۰۶۷	۴/۰۶۱
	پیگیری	۱۶/۸۰۰	۳/۷۴۵	۱۶/۸۶۶	۴/۲۴۰
فرا بازداری	پیش آزمون	۷/۰۶۷	۲/۱۸۷	۸/۰۰۰	۲/۰۷۰
	پس آزمون	۴/۹۳۳	۲/۱۲۰	۵/۴۶۷	۲/۳۸۶
	پیگیری	۴/۸۰۰	۲/۴۲۶	۵/۲۰۰	۲/۰۴۲

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، براساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات فراهیجان مثبت و مؤلفه‌های آن (فرا شفقت و فرا علاقه) در گروه‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند ولی میانگین نمرات فراهیجان منفی و مؤلفه‌های آن (فرا خشم، فرا شرم، فرا کنترل فکر و فرا بازداری) در گروه‌های درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان و درمان مبتنی بر شفقت نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته‌اند. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در متغیرهای

فراهیجان مثبت، فراهیجان منفی و مؤلفه‌های آن‌ها (فراشفقت، فراعلاقه، فراخشم، فراشرم، فرا بازداری و فراکنترل فکر) حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($p>0/05$). نتایج آزمون لوین نیز بیانگر برابری واریانس بین گروه‌های مطالعه در هر مرحله از اندازه‌گیری بود ($p>0/05$). همچنین، نتایج آزمون ام‌باکس برای فراهیجان مثبت و منفی نشان‌دهنده برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بین گروه‌ها بود ($p>0/05$). این حال، پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی رعایت نشد ($p<0/05$). بر همین اساس، در موارد نقض این پیش‌فرض، اصلاح درجه آزادی بر مبنای اپسیلون گرین‌هاوس-گایزر مدنظر قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
فراهیجان مثبت	اثر زمان	۱۸۹۵/۳۹۳	۱/۶۰۳	۱۱۸۲/۲۶۵	۴۷/۱۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۹	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۹۰۸/۵۶۳	۳/۲۰۶	۲۶۳/۳۶۱	۱۱/۳۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵۰	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۶۸۷/۳۷۸	۶۷/۳۳۴	۲۵/۰۶۰				
	اثر گروه	۱۸۶۱/۳۴۸	۲	۹۳۰/۶۷۴	۵/۱۳۷	۰/۰۱۰	۰/۱۹۷	۰/۷۹۷
	خطا	۷۶۰۹/۶۸۹	۴۲	۱۸۱/۱۸۳				
فراشفقت	اثر زمان	۶۶۶/۷۷۰	۱/۶۶۲	۴۰۱/۲۱۶	۳۸/۰۴۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۵	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۳۴۸/۵۶۳	۳/۳۲۴	۱۰۴/۸۷۱	۹/۹۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۱	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۷۳۶/۰۰۰	۶۹/۷۹۹	۱۰/۵۴۵				
	اثر گروه	۷۵۲/۰۵۹	۲	۳۷۶/۰۳۰	۳/۷۳۸	۰/۰۳۲	۰/۱۵۱	۰/۶۵۳
	خطا	۴۲۲۴/۹۳۳	۴۲	۱۰۰/۵۹۴				
فراعلاقه	اثر زمان	۳۱۵/۵۱۱	۱/۶۲۴	۱۹۴/۲۴۲	۲۶/۲۵۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۵	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۳۱/۱۱۱	۳/۲۴۹	۴۰/۳۵۹	۵/۴۵۵	۰/۰۰۲	۰/۲۰۶	۰/۹۳۹
	خطا (زمان)	۵۰۴/۷۱۱	۶۸/۲۲۱	۷/۳۹۸				
	اثر گروه	۲۴۸/۰۴۴	۲	۱۲۴/۰۲۲	۴/۸۱۳	۰/۰۱۳	۰/۱۸۶	۰/۷۶۹
	خطا	۱۰۸۲/۲۲۲	۴۲	۲۵/۷۶۷				
فراهیجان منفی.	اثر زمان	۲۹۴۲/۸۰۰	۱/۵۶۸	۱۸۷۶/۴۹۹	۵۴/۹۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۷	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۶۴۹/۱۵۶	۳/۱۳۶	۵۲۷/۷۹۸	۱۵/۳۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۳	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۲۲۵۰/۷۱۱	۶۵/۸۶۶	۳۴/۱۷۱				
	اثر گروه	۲۵۵۷/۹۱۱	۲	۱۲۷۸/۹۵۶	۶/۲۸۳	۰/۰۰۴	۰/۲۳۰	۰/۸۷۴
	خطا	۸۵۴۹/۸۲۲	۴۲	۲۰۳/۵۶۷				
فراخشم	اثر زمان	۲۲۸/۴۵۹	۱/۶۲۳	۱۴۰/۷۸۲	۱۸/۵۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۶	۰/۹۹۹
	تعامل زمان×گروه	۱۰۸/۲۹۶	۳/۲۴۶	۳۳/۳۶۷	۴/۳۹۷	۰/۰۰۶	۰/۱۷۳	۰/۸۷۴
	خطا (زمان)	۵۱۷/۲۴۴	۶۸/۱۵۷	۷/۵۸۹				
	اثر گروه	۱۵۵/۵۷۰	۲	۷۷/۷۸۵	۴/۲۸۸	۰/۰۲۰	۰/۱۷۰	۰/۷۱۶
	خطا	۷۶۱/۹۵۶	۴۲	۱۸/۱۴۲				

الهه جعفری فشارکی و همکاران

۰/۹۹۹	۰/۴۶۹	۰/۰۰۰۱	۳۷/۱۶۳	۱۸۰/۱۵۱	۱/۷۱۹	۳۰۹/۶۱۵	اثر زمان	فراشرم
۰/۹۹۹	۰/۳۷۷	۰/۰۰۰۱	۱۲/۷۱۲	۶۱/۶۲۱	۳/۴۳۷	۲۱۱/۸۰۷	تعامل زمان × گروه	
				۴/۸۴۸	۷۲/۱۸۳	۳۴۹/۹۱۱	خطا (زمان)	
۰/۷۸۵	۰/۱۹۲	۰/۰۱۱	۴/۹۹۴	۱۷۷/۵۶۳	۲	۳۵۵/۱۲۶	اثر گروه	
				۳۵/۵۵۸	۴۲	۱۴۹۳/۴۲۲	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۳۸۶	۰/۰۰۰۱	۲۶/۴۱۷	۸۴/۰۳۰	۲	۱۶۸/۰۵۹	اثر زمان	
۰/۹۹۴	۰/۲۵۵	۰/۰۰۰۱	۷/۱۸۴	۲۲/۸۵۲	۴	۹۱/۴۰۷	تعامل زمان × گروه	فراکنترل فکر
				۳/۱۸۱	۸۴	۲۶۷/۲۰۰	خطا (زمان)	
۰/۳۰۰	۰/۰۶۶	۰/۲۳۷	۱/۴۹۲	۶۳/۸۳۰	۲	۱۲۷/۶۵۹	اثر گروه	
				۴۲/۷۷۸	۴۲	۱۷۹۶/۶۶۷	خطا	
۰/۹۹۹	۰/۴۰۵	۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۷۳	۳۸/۸۰۷	۲	۷۷/۶۱۵	اثر زمان	فرا بازداری
۰/۹۹۸	۰/۲۸۰	۰/۰۰۰۱	۸/۱۵۳	۱۱/۰۷۴	۴	۴۴/۲۹۶	تعامل زمان × گروه	
				۱/۳۵۸	۸۴	۱۱۴/۰۸۹	خطا (زمان)	
۰/۶۵۶	۰/۱۵۲	۰/۰۳۱	۳/۷۱۳	۴۰/۶۵۲	۲	۸۱/۳۰۴	اثر گروه	
				۱۰/۸۰۴	۴۲	۸۱/۷۷۸	خطا	

فرا بازداری نیز تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده شد ($p < ۰/۰۵$)، اما مؤلفه فراکنترل فکر تفاوت معناداری نداشت ($p > ۰/۰۵$). طبق نتایج آزمون بونفرونی جدول ۵، تفاوت‌های معنادار بین گروه‌های درمان و کنترل در اکثر متغیرها تأیید شد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های زوجی در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت، از آزمون گرین‌هاوس-گایزر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج جدول ۵ نشان داد که در متغیر فراهیجان مثبت و مؤلفه‌های فراشفقت و فراعلاقه، اثر زمان، گروه و تعامل آن‌ها معنادار بود ($p < ۰/۰۵$). در فراهیجان منفی و مؤلفه‌های فراخشم، فراشرم و

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی گروه‌های پژوهش در فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های آن

متغیر	مرحله	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	معناداری
فراهیجان مثبت	پس‌آزمون	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۱/۶۰۰	۳/۲۴۰	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۱۳/۰۰۰	۳/۲۴۰	۰/۰۰۱
			گروه کنترل	*۱۱/۴۰۰	۳/۲۴۰	۰/۰۰۳
	پیگیری	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۱/۹۳۳	۳/۱۱۵	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۱۲/۰۶۷	۳/۱۱۵	۰/۰۰۱
			گروه کنترل	*۱۰/۱۳۳	۳/۱۱۵	۰/۰۰۷
فراشفقت	پس‌آزمون	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۰/۷۳۳	۲/۲۴۸	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۸/۱۳۳	۲/۲۴۸	۰/۰۰۲
			گروه کنترل	*۷/۴۰۰	۲/۲۴۸	۰/۰۰۶
	پیگیری	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجان	گروه درمان مبتنی بر شفقت	۱/۰۰۰	۲/۳۰۴	۰/۹۹۹
			گروه کنترل	*۷/۴۶۷	۲/۳۰۴	۰/۰۰۷
			گروه کنترل	*۶/۴۶۷	۲/۳۰۴	۰/۰۲۳

۰/۹۹۹	۱/۴۳۱	۰/۸۶۷	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس‌آزمون	فراعلاقه
۰/۰۰۴	۱/۴۳۱	*۴/۸۶۷	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۲۳	۱/۴۳۱	*۴/۰۰۰	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۲۸۹	۱/۰۰۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۰۳	۱/۲۸۹	*۴/۶۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۲۳	۱/۲۸۹	*۳/۶۰۰	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۳/۲۴۴	۰/۴۰۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس‌آزمون	فراهیجان منفی
۰/۰۰۰۱	۳/۲۴۴	*۱۴/۸۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۰۰۱	۳/۲۴۴	*۱۵/۲۰۰	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۳/۲۷۲	۰/۳۳۳	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۰۰۱	۳/۲۷۲	*۱۳/۷۳۳	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۰۰۱	۳/۲۷۲	*۱۴/۰۶۷	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۰۹۰	-۰/۴۰۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس‌آزمون	فراخشم
۰/۰۰۲	۱/۰۹۰	*۳/۹۳۳	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۰۷	۱/۰۹۰	*۳/۵۳۳	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۱۶۴	-۰/۳۳۳	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۱۱	۱/۱۶۴	*۳/۶۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۲۳	۱/۱۶۴	*۳/۲۶۷	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۴۵۱	۱/۴۰۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس‌آزمون	فراشرم
۰/۰۰۸	۱/۴۵۱	*۴/۶۶۷	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۰۰۱	۱/۴۵۱	*۶/۰۶۷	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۲۳۸	۱/۱۳۳	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۰۲	۱/۲۳۸	*۴/۴۶۷	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۰۰۱	۱/۲۳۸	*۵/۶۰۰	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۳۸۸	-۰/۰۶۷	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس‌آزمون	فراکنترل فکر
۰/۰۵۶	۱/۳۸۸	-۳/۴۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۶۲	۱/۳۸۸	۳/۳۳۳	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۱/۳۷۱	۰/۰۶۷	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۷۳	۱/۳۷۱	-۳/۲۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۸۲	۱/۳۷۱	-۳/۱۳۳	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		

۰/۹۹۹	۰/۷۷۲	-۰/۵۳۳	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پس آزمون	فرا بازداری
۰/۰۰۲	۰/۷۷۲	*-۲/۸۰۰	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۱۶	۰/۷۷۲	*-۲/۳۶۷	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		
۰/۹۹۹	۰/۸۲۰	-۰/۴۰۰	گروه درمان مبتنی بر شفقت	گروه درمان مبتنی بر کارآمدی	پیگیری	
۰/۰۱۳	۰/۸۲۰	*-۲/۴۶۷	گروه کنترل	هیجان		
۰/۰۴۷	۰/۸۲۰	*-۲/۰۶۷	گروه کنترل	گروه درمان مبتنی بر شفقت		

مشاهده شد ($p < ۰/۰۰۱$)، با اندازه اثر متوسط تا بزرگ ($\eta^2 p = ۰/۳۵-۰/۵۹$) که نشان می‌دهد این درمان‌ها توانسته‌اند به کاهش این مؤلفه‌های منفی کمک کنند. با این حال، در مؤلفه فراکنترل فکر، اثرات معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$; $\eta^2 p$ کم) که نشان می‌دهد مداخلات مذکور تأثیر معناداری بر این مؤلفه نداشته‌اند. در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های آن‌ها آورده شده است.

نتایج جدول ۶ نشان داد که در متغیر فراهیجان مثبت و مؤلفه‌های فراشفقت و فراعلاقه، اثر زمان، گروه و تعامل زمان $\times$ گروه معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$) و اندازه اثر بزرگ به‌دست آمد ($\eta^2 p = ۰/۵۰-۰/۷۷$). این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخلات درمانی (هم مبتنی بر کارآمدی هیجانی و هم مبتنی بر شفقت) به‌طور معناداری موجب بهبود در این شاخص‌ها نسبت به گروه کنترل شده‌اند. در متغیر فراهیجان منفی و مؤلفه‌های آن شامل فراخشم، فراشرم و فرابازداری نیز اثرات معنادار

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	معناداری
فراهیجان مثبت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۰۲۶	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۱/۰۸۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۴۰۰	۰/۱۳۲
فراشفقت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۶۶۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۷۱۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶۶	۰/۰۵۸
فراعلاقه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۷۷	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۵۷۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۷۲	۰/۹۹۹
فراهیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۱۰۸	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۱/۳۰۹	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۹۵	۰/۹۹۹
فراخشم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۵۲۵	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۶۲۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۹۸	۰/۹۹۹
فراشرم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۹۴	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	پیگیری	۰/۴۴۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۴۰	۰/۹۹۹

۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۳	۲/۲۲۲	پس آزمون	پیش آزمون	فراکنترل فکر
۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۵	۲/۴۸۹	پیگیری		
۰/۹۹۹	۰/۳۳۴	۰/۲۶۷	پیگیری		
۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۹	۱/۴۴۴	پس آزمون	پیش آزمون	فرا بازداری
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۶	۱/۷۳۳	پیگیری		
۰/۷۱۶	۰/۲۴۲	۰/۲۸۹	پیگیری		

متحملیان و سجادیان (۲۸)؛ رضانی و همکاران (۳۵)؛ عبادی و بابایی کفاکی (۳۶)؛ باقری و همکاران (۳۷)؛ جیوانتی و همکاران (۳۸)؛ پرونده و همکاران (۳۹) و دامر (۴۰) همسو بود.

در تبیین عدم تفاوت معنادار در اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد مختلف فراهیجان، می‌توان چنین استدلال کرد که اگرچه این دو رویکرد از نظر مبانی نظری و فنون درمانی با یکدیگر تفاوت دارند، اما هر دو در نهایت بر بهبود تنظیم هیجانی و ارتقاء کیفیت تجربه هیجان تمرکز دارند. این درمان‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با شناخت دقیق‌تر هیجانات، پذیرش آن‌ها و تقویت شفقت به خود و دیگران، اضطراب و استرس مرتبط با بیماری مزمن مولتیپل اسکروزیس را کاهش دهند. در مدل درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی، تمرکز بر رشد آگاهی هیجانی، پذیرش هیجان، ذهن‌آگاهی و عمل مبتنی بر ارزش‌هاست. این رویکرد با بهره‌گیری از مؤلفه‌هایی همچون مواجهه هیجانی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش تاب‌آوری در برابر رنج، به افراد می‌آموزد که هیجانات را به‌عنوان بخشی طبیعی از تجربه انسانی درک کنند و به شیوه‌ای سازگارانه با آن‌ها مواجه شوند. این مؤلفه‌ها به‌طور مستقیم با ابعاد فراهیجانی همچون فراشفقت، فراعلاقه و فراآگاهی مرتبط هستند. از آنجا که اجتناب تجربه‌ای که معمولاً مانعی در برابر مواجهه با هیجانات دشوار است می‌تواند نشانگر ضعف در تنظیم هیجانی باشد، توانایی کاهش آن نقش مهمی در ارتقاء سلامت روان ایفا می‌کند (۴۱). درمان کارآمدی هیجانی با ترکیب مؤلفه‌های آگاهی، پذیرش، عمل مبتنی بر ارزش‌ها و مقابله ذهن‌آگاهانه، از طریق تمرین مهارت‌های مواجهه، به افراد کمک می‌کند تا هیجانات را نه به‌عنوان تهدید بلکه به‌عنوان بخشی از خود بپذیرند، رنج ناشی از آن را تحمل کنند و تصمیماتی همسو با ارزش‌های خود اتخاذ نمایند (۱۹). این فرآیند در نهایت به تنظیم هیجان مؤثر منتهی می‌شود.

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت که بر مبنای نظریه سیستم‌های تنظیم هیجان گیلبرت بنا شده، از طریق

نتایج جدول ۷ نشان داد که تفاوت نمرات فراهیجان مثبت، فراهیجان منفی و مؤلفه‌های آن‌ها در مقایسه پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود ($p < 0.05$)، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود ($p > 0.05$)؛ بنابراین، مداخلات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت بر فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های فراشفقت، فراعلاقه، فراخشم، فراشرم و فرا بازداری اثربخش بوده و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. همچنین، بین اثربخشی دو درمان در هیچ‌یک از متغیرها تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0.05$). در مؤلفه فراکنترل فکر نیز علی‌رغم بهبود نسبی نمرات، تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار نبودند ($p < 0.05$) و در نتیجه هیچ‌یک از درمان‌ها بر این مؤلفه اثربخش نبوده‌اند.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان شفقت روی ابعاد فراهیجان در زنان مبتلا به ام‌اس انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت تأثیر معناداری بر فراهیجان مثبت و منفی و مؤلفه‌های آن شامل فراشفقت، فراعلاقه، فراخشم، فراشرم و فرا بازداری داشته‌اند ($p < 0.05$). همچنین، اثرات این درمان‌ها در مرحله پیگیری نیز حفظ شده و تفاوت معناداری بین سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد ($p < 0.05$). با این حال، مقایسه میانگین‌ها بین دو گروه درمانی نشان داد که تفاوت معناداری در اثربخشی این دو رویکرد بر متغیرهای یادشده وجود ندارد ($p > 0.05$)؛ به عبارت دیگر، هر دو درمان اثربخش بوده‌اند ولی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند. در مورد مؤلفه فراکنترل فکر، اگرچه تغییراتی در میانگین نمرات گروه‌های مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد، اما این تغییرات از نظر آماری معنادار نبودند ($p > 0.05$) و هیچ‌یک از دو درمان در بهبود این مؤلفه اثربخش نبوده‌اند. نتایج این پژوهش با پژوهش چراغی و عناصری (۲۷)؛ جهانگیری و همکاران (۳۴)؛

توانمندی‌های فراشناختی هیجانی، بیماران را قادر می‌سازد تا در مواجهه با استرس‌های روان‌تنی ناشی از بیماری مولتیپل اسکلروزیس، از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شوند و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. چنین تحولی به بهبود مؤلفه‌های مختلف فراهیجان می‌انجامد؛ به گونه‌ای که فرد می‌تواند احساسات خود را با دقت بیشتری بشناسد، آن‌ها را بهتر تنظیم کرده و پاسخ‌های سازگارانه‌تری ارائه دهد. این توانایی در بیماران مبتلا به ام‌اس که اغلب با نوسانات هیجانی و فشارهای روان‌شناختی متعددی مواجه‌اند، اهمیت ویژه‌ای دارد. ارتقاء فراهیجان‌ها در این بیماران می‌تواند به کاهش اضطراب و استرس منجر شده و در نهایت کیفیت زندگی آنان را به طور معناداری بهبود بخشد.

همچنین برای تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ابعاد فراهیجان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌توان گفت که این درمان با تمرکز بر کاهش خودانتقادی، افزایش پذیرش، بهوشیاری نسبت به تجربه‌های هیجانی و ایجاد گفت‌وگویی درونی و مهربانانه، به بیماران می‌آموزد چگونه با احساسات دشوار کنار بیایند، بدون آنکه آن‌ها را سرکوب یا داوری کنند. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که این درمان به‌ویژه در شرایط بیماری مزمن، از جمله مولتیپل اسکلروزیس، به افراد کمک می‌کند تا وضعیت جسمانی خود را بهتر بپذیرند، نگرش‌های منفی را تعدیل کرده و با مهربانی به خود نگاه کنند (۴۲). درمان مبتنی بر شفقت با تقویت شفقت به خود، تأثیر مستقیمی بر کاهش استرس، اضطراب و خودانتقادی داشته و تنظیم هیجانی را تسهیل می‌کند. همچنین این درمان به بیماران کمک می‌کند تا با افزایش آگاهی نسبت به لحظه حال، بهوشیاری بیشتری نسبت به هیجانات و احساسات خود پیدا کنند (۴۳). این رویکرد با ترکیب تکنیک‌های بهوشیاری و تمرینات شفقت، به افراد می‌آموزد که چگونه هیجانات خود را بدون قضاوت و انتقاد تجربه کرده و از احساسات منفی فرار نکنند.

هرچند پژوهش‌های محدودی به‌طور خاص تأثیر درمان مبتنی بر شفقت بر فراهیجان‌ها را بررسی کرده‌اند، اما با توجه به تمرکز این رویکرد بر شناخت و مدیریت هیجانات، می‌توان انتظار داشت که به بهبود ابعاد فراهیجانی کمک کند. مطالعات موجود نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس که از این درمان بهره‌مند شده‌اند، درک بهتری از هیجانات خود پیدا کرده‌اند و به جای سرکوب یا قضاوت آن‌ها، توانسته‌اند هیجانات را بهتر مدیریت کنند.

فعال‌سازی سیستم تسکینی و ارتقاء شفقت به خود، تلاش می‌کند احساس امنیت، آرامش و پذیرش را جایگزین خودانتقادی، شرم و اضطراب سازد. این درمان از تکنیک‌هایی نظیر تصویرسازی مشفقانه، نامه‌نگاری به خود، تمرین‌های بهوشیاری مشفقانه و فعال‌سازی حالات شفقت‌آمیز استفاده می‌کند تا تنظیم هیجانی بهتری حاصل شود؛ بنابراین می‌توان گفت که هر دو رویکرد با مسیرهایی متفاوت اما هدفی مشترک (افزایش خودآگاهی هیجانی، پذیرش و تنظیم هیجان) عمل می‌کنند و این اشتراک هدف می‌تواند بهبود مشابهی را در ابعاد فراهیجان رقم زده باشد. در واقع، می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که هر دو درمان با تأکید بر اهمیت مواجهه با هیجان و کاهش رنج روان‌شناختی، به دنبال بهبود رابطه فرد با تجربه هیجانی هستند، هرچند مسیر و تأکید هر یک متفاوت است. در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی تمرکز بر پذیرش فعال هیجان در بستر عمل ارزش‌محور است، در حالی که در درمان مبتنی بر شفقت، تمرکز بر پرورش ارتباطی مهربانانه و غیرقضاوتی با هیجانات تجربه‌شده قرار دارد و هر دو رویکرد از طریق راهبردهایی متفاوت اما هدفمند، رابطه فرد با هیجاناتش را متحول می‌سازند و در نهایت به او کمک می‌کنند تا زندگی معنادارتر و ارزش‌مدارتری را تجربه کند. مولتیپل اسکلروزیس به‌عنوان یک بیماری مزمن با ماهیت غیرقابل پیش‌بینی، استرس‌زای شدید تلقی می‌شود و بیماران آن مستعد اضطراب، افسردگی و نوسانات هیجانی هستند. پژوهش carig و همکاران (۴۲) نیز نشان می‌دهد که یکی از چالش‌های اصلی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، مدیریت استرس مزمن است. این استرس می‌تواند به تشدید نشانه‌های جسمانی و روانی منجر شود. هر دو درمان با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش تاب‌آوری و تقویت شفقت به خود، به کاهش استرس و بهبود وضعیت روانی این بیماران کمک می‌کنند؛ بنابراین، مشابهت در بهبود ابعاد فراهیجان در هر دو گروه درمانی قابل انتظار است. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر ابعاد فراهیجان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، می‌توان گفت یکی از اهداف اصلی این رویکرد، افزایش توانایی بیماران در شناخت و مدیریت هیجانات است. این درمان با تمرکز بر تاب‌آوری هیجانی، پذیرش تجربه‌های هیجانی ناخوشایند و اقدام در راستای ارزش‌ها، به تقویت درک و مهار هیجان‌ها کمک می‌کند؛ امری که ارتباطی مستقیم و تنگاتنگ با رشد ابعاد فراهیجان دارد. بهبود در

در رابطه با مؤلفه فراکنترل فکر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هیچ‌یک از درمان‌ها تأثیر معناداری بر این بعد نداشتند. فراکنترل فکر به‌عنوان یکی از ابعاد خاص‌تر فراشناخت، بیشتر به باورهای فراشناختی درباره افکار مزاحم، باور به کنترل‌ناپذیری ذهن و سبک‌های پاسخ‌دهی شناختی مربوط است تا تجربه هیجانی. تغییر این باورها نیازمند مداخلاتی مشخص‌تر در چارچوب درمان‌های شناخت‌محور مانند درمان فراشناختی است که به‌طور مستقیم باورهایمانند «افکارم خطرناک‌اند» یا «فی‌توانم ذهنم را کنترل کنم» را هدف قرار می‌دهد (۴۴، ۴۵). درمان‌های مبتنی بر کارآمدی هیجانی و شفقت، تمرکز کمتری بر این باورهای خاص دارند و بیشتر بر پذیرش هیجان‌ات و کاهش خودانتقادی متمرکز هستند، از این رو تأثیر کمتری بر فراکنترل فکر دارند. علاوه بر این، ممکن است ریشه‌های این باورها در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عمیق‌تر و مقاوم‌تر باشند و نیازمند مداخلات طولانی‌تر و تخصصی‌تر باشند. علاوه‌براین، تجارب مکرر از ناتوانی جسمی در بیماران ام‌اس ممکن است موجب تثبیت این باور شده باشد که «بر ذهن یا جسمم کنترلی ندارم» و لذا تغییر آن نیازمند مداخلاتی عمیق‌تر و طولانی‌مدت‌تر است. در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی با وجود تفاوت در چارچوب نظری، در افزایش ابعاد فراهیجان به‌طور مؤثر عمل می‌کنند، اما برای بهبود ابعاد خاصی مانند فراکنترل فکر، به مداخلات تخصصی‌تری نیاز است. تبیین این نتایج در بستر مدل‌های نظری EET و CFT نه‌تنها به درک مکانیسم‌های تغییر کمک می‌کند، بلکه در طراحی درمان‌های ترکیبی یا هدفمند نیز راهگشا خواهد بود.

در سطح کاربردی، درمان‌های مبتنی بر هیجان و شفقت می‌توانند به‌عنوان مداخلاتی کوتاه‌مدت، مقرون‌به‌صرفه و مکمل درمان‌های پزشکی در زنان مبتلا به ام‌اس مورد استفاده قرار گیرند. از آنجا که فرایندهای هیجانی و فراهیجانی در دیگر بیماری‌های مزمن (مانند دیابت، سرطان و درد مزمن) نیز نقش دارند، تعمیم این مداخلات به دیگر گروه‌های بیماران مزمن نیز توصیه می‌شود. یافته‌های این پژوهش می‌توانند مبنای توسعه برنامه‌های خودیاری، آموزش خانواده و کارگاه‌های گروهی برای ارتقای سلامت روان بیماران مزمن قرار گیرند.

با وجود یافته‌های مثبت، محدودیت‌هایی در پژوهش حاضر وجود دارد؛ از جمله محدود بودن به زنان و فقدان

اطلاعات دقیق درباره شدت، مدت و مرحله بیماری مولتیپل اسکلروزیس که این متغیرها ممکن است نقش مهمی در وضعیت روان‌شناختی افراد ایفا کرده و بر میزان اثربخشی مداخلات درمانی تأثیرگذار باشند. همچنین، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و محدود بودن جمع‌آوری داده‌ها به یک منطقه جغرافیایی (شهر اصفهان)، امکان تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و مناطق را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن شاخص‌های پزشکی دقیق‌تر و استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر و چندمرکزی انجام شوند تا نتایج از اعتبار بیرونی بالاتری برخوردار گردند.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد درمانی، یعنی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت، تأثیر معناداری بر بهبود ابعاد مختلف فراهیجان در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس دارند و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. این نتایج بیانگر آن است که هر دو درمان با بهره‌گیری از مکانیسم‌های متفاوت اما هم‌راستا در جهت بهبود تنظیم هیجانی، می‌توانند به عنوان مداخلات مؤثر روان‌شناختی در برنامه‌های درمانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌ویژه مولتیپل اسکلروزیس مورد استفاده قرار گیرند. با این حال، عدم اثربخشی این مداخلات بر مؤلفه فراکنترل فکر نشان می‌دهد که برای تغییر باورهای فراشناختی عمیق، به مداخلات اختصاصی‌تر نظیر درمان فراشناختی نیاز است؛ بنابراین، ترکیب مداخلات هیجانی و شناختی در برنامه‌های درمانی آینده می‌تواند منجر به پوشش جامع‌تری از نیازهای روان‌شناختی این بیماران شود.

سیاسگزاری

نویسندگان از تمامی کسانی که با مشارکت خود در پژوهش حاضر نقش اصلی را در انجام آن داشتند؛ نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

1. Sheikhi K, Ghaderi S, Firouzi H, Rahimibarghani S, Shabani E, Afkhami H, Yarahmadi A. Recent advances in mesenchymal stem cell therapy for multiple sclerosis: clinical applications and challenges. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*. 2025 Feb 3; 13: 1517369. <https://doi.org/10.3389/fcell.2025.1517369>
2. Lee B, McDaniel B, Grenawalt TA. Resilience as a moderator in the relationship between disability related stress and community participation in individuals with multiple sclerosis. *Psychol Health Med*. 2022; 28(9): 2745-55. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2072915>
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. *Mult Scler J*. 2020 Dec; 26(14): 1816-21. <https://doi.org/10.1177/1352458520970841>
4. Willson CL, Tetley J, Lloyd C, Messmer Uccelli M, MacKian S. The impact of multiple sclerosis on the identity of mothers in Italy. *Disabil Rehabil*. 2018; 40(12): 1456-67. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300339>
5. Farnam A, Marashi F, Sana'nama M. The relationship of body image with emotion regulation, stress, and aggression and their comparison between males and females with multiple sclerosis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2017 Jul 31; 6(3). <https://doi.org/10.5812/jjcdc.13818>
6. Pourhaji F, Jamali J, Taraghdar MM, Peyman N, Tehrani H. Design and validation of a Questionnaire on the factors influencing self-care behaviors in patients with Multiple sclerosis (QFASMS). *BMC neurology*. 2024 Jan 4; 24(1): 20. (Persian). <https://doi.org/10.1186/s12883-023-03522-x>
7. Hajmanouchehri R, Tabesh A. Multiple sclerosis (MS) and legal medical doctrines. *Iranian J Forensic Med*. 2024; 30(2): 126-38. <https://sjfm.ir/article-1-1503-en.html>
8. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet*. 2008 Oct 25; 372(9648): 1502-17. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61620-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61620-7)
9. Hasani J, Azadfalsh P, Rasoulzade Tabatabaei K, Ashayeri H. The assessment of cognitive emotion regulation strategies according to neuroticism and extraversion personality dimensions. *Adv Cogn Sci*. 2009; 10(4): 1-13. (Persian). <http://icssjournal.ir/article-1-463-en.html>
10. Nunes F, Mota CP, Ferreira T, Schoon I, Matos PM. Parental meta-emotion, attachment to parents, and personal agency in adolescents. *J Fam Psychol*. 2022 Sep; 36(6): 964-974. <https://doi.org/10.1037/fam0000947>
11. Liu L. Teacher with Different Meta-Emotion Level: Their Understanding of and Responses to Children's Negative Emotions. In 2021 4th International Conference on Humanities Education and Social Sciences (ICHESS 2021) 2021 Dec 24 (pp. 2250-2255). Atlantis Press. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.211220.388>
12. Ojala M. Safe spaces or a pedagogy of discomfort? Senior high-school teachers' meta-emotion philosophies and climate change education. *J Environ Educ*. 2021; 52(1): 40-52. <https://doi.org/10.1080/00958964.2020.1845589>
13. Kashdan TB, Barrett LF, McKnight PE. Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Curr Dir Psychol Sci*. 2015 Feb; 24(1): 10-6. <https://doi.org/10.1177/0963721414550708>
14. Predatu R, David DO, Maffei A. Beliefs about emotions, negative meta-emotions, and perceived emotional control during an emotionally salient situation in individuals with emotional disorders. *Cogn Ther Res*. 2020 Apr; 44(2): 287-99. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10064-5>
15. Ford BQ, Gross JJ. Emotion regulation: Why beliefs matter. *Can Psychol*. 2018 Feb; 59(1): 1-14. <https://doi.org/10.1037/cap0000142>
16. Hofmann SG. Cognitive-behavioral therapy: Principles and applications. Tehran: Arjanman Publishing; 2018.
17. Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Hossein Khanzadeh AA, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on cognitive regulation of emotion and existential anxiety in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Pers*. 2020 Sep 22; 18(2): 1-9. (Persian).
18. Choi IY, Lee P, Adany P, Hughes AJ, Belliston S, Denney DR, Lynch SG. In vivo evidence of oxidative stress in brains of patients with progressive multiple sclerosis. *Mult Scler J*. 2018; 24(8): 1029-38. <https://doi.org/10.1177/1352458517711568>
19. McKay M, West A. Emotion efficacy therapy:

- A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT. New Harbinger Publications; 2016 Jun 1.
20. Munroe M, Al-Refae M, Chan HW, Ferrari M. Using self-compassion to grow in the face of trauma: The role of positive reframing and problem-focused coping strategies. *Psychol Trauma*. 2022; 14(1): 157-62. <https://doi.org/10.1037/tra0001107>
 21. Gilbert P, Simos G. Compassion focused therapy: Clinical practice and applications. Routledge; 2020. p.17.
 22. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014; 53(1): 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
 23. Johannsen M, Schlander C, Vestergaard I. Group-based compassion-focused therapy for prolonged grief symptoms in adults - results from a randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2022; 314:114683. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114683>
 24. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Aust Clin Psychol*. 2019; 3(1): 47-54.
 25. Vidal J, Soldevilla JM. Effect of compassion-focused therapy on self-criticism and self-soothing: A meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. 2023 Mar; 62(1): 70-81. <https://doi.org/10.1111/bjc.12394>
 26. Najafi M, Sajadian I, Mansh ee G. Comparative effectiveness of emotional efficacy therapy and mindfulness-based cognitive therapy on emotional capital and hyperemotion in women with generalized anxiety disorder. *Res Clin Psychol Couns*. 2024; 14(1): 199-222.
 27. Cheraghi H, Anaseri M. The effectiveness of treatment based on emotional efficiency on pain anxiety symptoms and sexual performance of women with interstitial cystitis (painful bladder syndrome). *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2025; 68(1): 103-13. (Persian).
 28. Motohamelian S, Sajjadian I. The effectiveness of treatment based on emotional efficiency on pain anxiety and pain acceptance in women with chronic low back pain in Isfahan. *JAP*. 2023; 14(2): 61-74. (Persian). <http://jap.iiums.ac.ir/article-1-5705-en.html>
 29. Izadi A, Jajarmi M, Bakhshipour A. Comparing the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) and compassion-focused therapy (CFT) on alexithymia in adolescent girls with psychosomatic problems. *Psychol Sci Q*. 2025 Jul; (148): 211-27.
 30. Azizpour AA, Azmoudeh M, Ayramloo H, Hoseininasab SD. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on life expectancy and demoralization symptoms in patients with multiple sclerosis. *Health Care J*. 2024; 26(4): 366-78. <https://doi.org/10.61186/jhc.26.4.366>
 31. Safarzadeh V, Rasouli Saravi S. Effectiveness of compassion-focused therapy on quality of life and resilience in individuals with multiple sclerosis. *J Exp Cogn Psychol*. 2025; 2(1): 206-19.
 32. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2009 Mar 1; 46(4): 448-53. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
 33. Ahadi B, Mehrinejad A, Moradi M. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *J Aging Psychol*. 2017; 3(2): 115-25. (Persian).
 34. Jahangiri F, Karimi J, Roozbahani M, Razani M. Comparing the effectiveness of compassion-focused acceptance and commitment therapy and yoga exercises on self-management of people with multiple sclerosis. *Rooyesh*. 2023; 12(8): 107-16. (Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-4870-en.html>
 35. Ramezani N, Sajjadian I, Manshaee GR, Barekatin M. Comparison of the effectiveness of mindfulness and schema therapy with emotion efficacy therapy (EET) on compassion satisfaction and sense of competence in caregiving patients with dementia. *IJPN*. 2023; 11(2): 99-111. (Persian).
 36. Ebadi S, Babaei Kafaki H. Comparison of the effectiveness of a mindfulness-based cognitive intervention with a metacognitive intervention in reducing anxiety symptoms and rumination in women with multiple sclerosis. *J Appl Psychol Res*. 2022; 13(2): 403-19. (Persian).
 37. Bagheri S, Hatami M, Rezaei-jamaloei H, Abbasi M. The effectiveness of cognitive self-compassion training on the dimensions of

- fatigue, self-criticism and emotional avoidance in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Stud.* 2022; 12(47): 165-202. (Persian).
38. Giovannetti AM, Quintas R, Maggiolo S, Quartuccio ME. Online mindfulness program (CONdiVIDere) for people with multiple sclerosis in the time of COVID-19: a pilot longitudinal study. *Disability and Rehabilitation.* 2024 Oct 8; 46(21): 4956-64. <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2290690>
 39. Parvardeh M, Abbasi M, Ghadampour E. Comparing the efficacy of cognitive-behavioural group training, self-compassion and positivity based on religious teachings on the social-emotional competence of female students with suicidal thoughts. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2025;13(1):107-23. Available from: <http://ijpn.ir/article-1-2506-fa.html> (Persian).
 40. Dammers MA. Self-criticism in the context of chronic illness [Bachelor's thesis]. University of Twente; 2020. <https://purl.utwente.nl/essays/82050>
 41. Wang Y, Tian J, Yang Q. Experiential avoidance process model: A review of the mechanism for the generation and maintenance of avoidance behavior. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2024; 34(2): 179-190. <https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777>
 42. Craig C, Hiskey S, Spector A. Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Rev Neurother.* 2020 Apr; 20(4): 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
 43. Thomason S, Moghaddam N. Compassion-focused therapies for self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother.* 2021 Sep; 94(3): 737-59. <https://doi.org/10.1111/papt.12319>
 44. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011 Mar 14.
 45. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research.* 2003 Jun; 27 (3): 261-73. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>