

رابطه شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس

زهرا پورمیرزا لایلا کوهی^۱، سیروان اسمایی مجد^{۲*}

۱- واحد گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران.

zohrepul@gmail.com

۲- واحد گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران. (نویسنده مسئول)

samajd@liau.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۶]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۹/۱۷]

چکیده

یکی از معضلات عمده در جوامع امروزی ناشی از سبک زندگی صنعتی، ارزیابی‌های ناکارآمد در مواجهه با چالش‌ها و تنش‌هاست که به بروز استرس منجر می‌شود لذا شناسایی عوامل مولد استرس در بیماری‌های مختلف از منظر بالینی اهمیت زیادی دارد پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین ارزیابی شناختی و شفقت با خود در عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس به عنوان یک مطالعه کاربردی - مقطعی، در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار می‌گیرد. مصاحبه‌شوندگان شامل ۱۳۰ زن مبتلا به ام.اس. (عضو انجمن ام.اس. استان البرز) تعیین گردید. در تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون و نرم‌افزار SPSS و جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه شفقت با خود، استاندارد سنجش استرس کودرون و آزمون ارزیابی شناختی گروس و جان استفاده گردید. متغیرهای عادات استرس، ارزیابی شناختی و شفقت با خود با نمره معناداری ($p \leq 0.01$) در معادله رگرسیون اثرگذار هستند. متغیرها ۴۳/۵٪ واریانس عادات استرس را تبیین می‌کنند و پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس نامهربانی به خود با ضریب بتای ۰/۶۳۷ رابطه مستقیم دارد. همچنین مهربانی به خود و عادات استرس رابطه مثبت و شفقت با خود و عادات استرس رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ دارند. ارزیابی شناختی و ابعاد آن نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. توصیه می‌شود درمان‌هایی مبتنی بر شفقت، آموزش مدیریت هیجان، تمرین‌های ذهن آگاهی، تکنیک‌های آرمیدگی و شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت، شبکه‌های حمایت اجتماعی که در مدیریت استرس کارساز هستند برای کنترل استرس افراد مبتلا به ام.اس، آموزش‌های مدیریت هیجان و ارزیابی‌های شناختی اجرا شود.

واژگان کلیدی: مولتیپل اسکروزیس، شفقت با خود، ارزیابی شناختی، عادات استرس‌زا.

۱- مقدمه

امروزه در جهان صنعتی دگرگونی و تغییر در سبک زندگی اجتناب‌ناپذیر است، اگرچه انسان‌ها عامل اصلی این تحول هستند ولی خود نیز در مقابل این تحول دچار چالش شده و سلامت روان آن‌ها با خطر مواجه شده است. شیوه زندگی یا سبک زیستن منعکس‌کننده: نوع زندگی فرد، گروه یا فرهنگ، روش خاصی از زندگی یک شخص یا گروه، گرایش‌ها و ارزش‌های فرد است، این سبک زیستن در عادات، نگرش‌ها، سلیقه‌ها، معیارهای اخلاقی و سطح اقتصادی فرد یا گروه نقش مهمی را ایفا می‌کند (نویدینا، ۱۳۹۳). پاسخ‌های استرسی بیش‌ازحد و یا قرارگیری در شرایط استرس‌زا در طولانی مدت، می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روان و بهزیستی مطلوب فرد داشته باشد. این واکنش‌ها و پاسخ‌ها دارای مراحل مختلف هستند و نحوه سازگاری افراد با آن‌ها نیز متفاوت است، در این میان سازگاری فرد با استرس او را دچار فرایند عادت می‌کند (Lally, Van Jaarsveld, Potts & Wardle, 2010). آشفته‌گی‌های روانی حاصل از سبک زندگی پر استرس و عادات هیجانی معیوب مهم‌ترین پیش‌بینی کننده در بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام. اس) است (امیری‌نیا، ۱۳۹۵). مولتیپل اسکلروزیس یک اختلال عصبی خود ایمنی است که با التهاب مزمن مرکزی مشخص می‌شود سیستم عصبی، با تظاهرات بالینی متغیر، یک دوره ناهمگن و غیرقابل پیش‌بینی و در حال حاضر غیرقابل درمان است (Oliva Ramirez, Keenan,) (Lassmann, 2019; Reich, Lucchinetti & Calabresi, 2018) که علامت ناتوان‌کننده بسیار شایع است (Kalau, Worthington, Cohen & Singh, 2021) ماهیت چندبعدی و تأثیر عملکرد ذهنی آن تحت تأثیر جنبه‌های عاطفی، شناختی و فیزیکی آن است (Meads, Doward, McKenna, Fisk, Twiss & Eckert, 2009) شواهد تجربی دیگر در حاکی از ارتباط بین خستگی و استرس است (صالح‌پور، حسینی‌نژاد و رضایی، ۲۰۱۲).

لذا توجه ویژه به استرس و شیوه‌های مؤثر رویارویی با آن و نیز تحمل استرس که در تئوری رابطه شناختی^۲ لازاروس-فولکمن^۳ (۱۹۹۶-۱۹۹۱) برای اولین بار مطرح شد حائز اهمیت است. در این تئوری، استرس به‌عنوان یک رابطه ویژه بین شخص و محیط‌زیست او تعریف شده است به‌طوری‌که شخص، استرس را به‌عنوان یک وظیفه یا انتظاری بیش‌ازاندازه ارزیابی کرده و این انتظار را تهدیدی برای منابع و منافع خود یا رفاه زندگی‌اش ارزیابی می‌کند. با توجه به استرس و ارزیابی شناختی^۴ ناکارآمد افراد، به‌شرط استمرار منجر به شکل‌گیری عادات استرس‌زا^۵ می‌شود. عموماً عادت را یک برنامه و جریان عادی و تکرارشونده رفتاری می‌دانند که به صورتی ناآگاه^۶ بروز می‌کند. از نقطه‌نظر روانشناسی، عادت یک راه کم‌ویش ثابت تفکر، خواهش‌ها یا احساساتی است که از طریق تکرار قبلی یک تجزیه ذهنی حاصل شده است؛ رفتار عادت، غالباً ماهیت ناشناخته دارند زیرا لازم نیست که ضمن بروز وظایف رفتاری عادی، شخص به تجزیه و تحلیل آن اقدام کند همچنین برخی از عادات اجباری بوده و موجب بروز رفتارهایی به‌صورت خودکار می‌شوند که آن را ساخت عادت نام نهادند. (Hope, 1995; Gamboa, Tagliazucchi, von Wegner, Jurcoane, Wahl, Laufs) (et al., 2014). عادات کهن را به‌سختی می‌توان از بین برد و نیز عادات جدید را به‌سختی می‌توان شکل داد زیرا الگوهای رفتاری^۷ تکرارشونده در راهگذرهای عصبی انسان نقش بسته‌اند، اما از طریق تکرار می‌توان عادات جدید دیگری را جایگزین کرد. سلامت روان و بهزیستی افراد قطب مقابل استرس و عادات استرس را شامل می‌شود و ارزیابی افراد از وضعیت‌های موجود و همچنین بررسی استرس از ابعاد گوناگون از جمله شخصیت و عادات فکری می‌تواند سبب‌شناسی منابع ایجادکننده استرس، عادات، افکار و رفتارهایی که فرد روزانه با آن درگیر است را نشان دهد. پیشتر نیز گفتیم که این افکار و رفتارها در صورت استمرار در تمام ابعاد

1. Multiple Sclerosis
- 2 Cognitive relationship
- 3 Lazarus-Folkman
- 4 Cognitive assessment
- 5 Stressful habits
- 6 Unaware
- 7 Behavior pattern

زندگی افراد قابل مشاهده است (Hope, 1995). از دیدگاه نیز بولژواک^۱ استرس‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن بیماری و ارزیابی ناکارآمد می‌شود (Ascherio & Munger, 2007). لذا محققان برآند تا تأثیر نمایش مختلف را بر سلامت روان جهت حفظ پایداری بیماری و سازگاری بیمار جهت کنترل استرس و رفع عادات استرس‌زا و ایجاد ارزیابی هیجانی و شناختی کارآمد در مواجهه با دنیای پیرامون را ایجاد کنند. در کنار استرس آنچه نقش تعیین‌کننده در ارزیابی موقعیت‌ها در رویارویی منطقی با آن‌ها را ایفا می‌کند شناخت^۲ است. به صورت کلی شناخت مفهومی است کلی که تمامی اشکال آگاهی شامل ادراک، تفکر، تصور، استدلال، قضاوت و ... را در برمی‌گیرد. به منظور آگاهی و شناخت یک انقلاب شناختی شکل گرفت که شامل تمام دیدگاه‌هایی است که به این مباحث اهمیت زیادی می‌دهند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۹۳). در دهه‌های اخیر در حوزه روان‌شناسی با ظهور موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری که عمدتاً مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش هستند، «شفقت» و شفقت به خود نیز مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است (گیلبرت، ۱۳۹۷). کریستین نف به بررسی ساختار شفقت به خود پرداخت و ابزارهایی نیز به منظور سنجش آن معرفی کرد بر طبق این ابزارها شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتر مرتبط است (Neff, 2003). همچنین، شفقت به خود به هیجان‌های مثبتی منجر می‌شود که بر ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد و می‌توان از طریق مداخلات روان‌شناختی آن را افزایش داد. در مجموع، با وجود اینکه از عمر مفهوم شفقت به خود خیلی نمی‌گذرد اما به تحقیقات زیادی منجر شده است (گیلبرت، ۱۳۹۷). بر اساس نظر گیلبرت، شفقت به خود ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد و همچنین زمینه‌ساز مناسب برای ایجاد هیجان‌های مثبت شده و مداخلات روان‌شناختی سبب تقویت و افزایش آن می‌شود. در مجموع، علیرغم جدید بودن مفهوم شفقت به خود، مطالعات بالینی مبنی بر اهمیت و سودمندی آن در حوزه‌های مختلف را نشان می‌دهد. شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتر مرتبط است (Neff, 2003). همچنین می‌تواند از طریق درمان‌هایی مانند شفقت به خود، توجه آگاهانه، درمان متمرکز بر شفقت^۳، کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴، رفتاردرمانی دیالکتیک و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی تأثیر مثبتی بر بهزیستی روانی گذاشت (فروغی، خانجانی، رفیعی و طاهری، ۱۳۹۸). این نمایش از حیث نظریه آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای مداخله‌ای و مکانیزم‌ها تفاوت‌های ظریفی دارند و هر کدام از فلسفه خاصی پیروی می‌کنند لذا با درمان‌های شناختی سنتی متفاوت هستند اما از حیث مکمل بودن و سازگاری با درمان‌های قدیم منعکس‌کننده یک روند تکاملی در حوزه بالینی به شمار می‌آیند (Dimidjian, Martell, Addis, Herman-Dunn & Barlow, 2008).

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

آنچه تا کنون گفته شد پیش درآمدی بود برای معرفی سه متغیر مهم و اثرگذار شفقت با خود، ارزیابی‌های شناختی، عادات استرس‌زا که هر یک نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در بیماری مولتیپل اسکروزیس ایفا می‌کنند. نرخ شیوع بالا در کل جهان و ناشناخته بودن بیماری و همچنین افزایش این بیماری در سه دهه اخیر در ایران شیوع آن تا سال ۱۴۰۰ و عبور از مرز ۷۰ هزار نفر زمینه‌ساز این مطالعه گردید (برنامه ثبت ملی ام‌اس، ۱۴۰۳). این بیماری با تأثیر بر تمام ابعاد و کیفیت زندگی افراد به‌عنوان یک بیماری شایع نورولوژیک در سیستم عصبی مرکزی است که با ملتهب شدن غلاف چربی پوشاننده اعصاب یعنی میلین‌ها جز بیماری‌های خود ایمنی محسوب می‌شود. در این بیماری سیستم ایمنی بدن با حمله به اعصاب مرکزی باعث تخریب آکسون‌ها و غلاف دور آن و در نتیجه ناتوانی دائمی فرد را به همراه دارد (هنرور، رهنما و نوری، ۱۳۹۳). تحقیقات با توجه به مراحل چهارگانه بیماری ام‌اس؛ و مرحله عود شونده آن بیان می‌کنند که رویدادهای استرس‌زا احتمال خطر عود را افزایش می‌دهند. می‌توان گفت در انواع استرس (لحظه‌ای،

1 Bolshevik

2 cognition

3 Compassion-focused therapy

4 Treatment based on acceptance and commitment

حاد، مزمن) احتمال تأثیر آن‌ها بر عود بیماری بسیار زیاد است. برخی از محققان رابطه بین ام اس و استرس را به‌طور شفاف تأیید نمی‌کنند به عبارت دیگر بیان می‌کنند: همان‌گونه که ام اس در زمره یک بیماری پیچیده طبقه‌بندی می‌شود تأثیر استرس هم در این بیماری پیچیده بیان می‌شود، زیرا استرس به افراد و مکانیزم‌های سازشی فرد و مهارت آن‌ها در حل وضعیت‌های پیش‌آمده بستگی دارد (دهقانی، محمدخانی کرمانشاهی و معماریان، ۱۳۹۲). پژوهش حسینی و اسماعیلی (۱۳۸۷) نشان داد عادات استرس‌زا در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه معناداری با متغیرهای عادات استرس‌زا، وضعیت اشتغال و مدت بیماری دارد. نکته مهم در این پژوهش این‌گونه عنوان شده است: استرس‌های مختلف در زندگی بیماران باعث پیش‌روندگی بیماری می‌شود و به نظر می‌رسد هرچه بیشتر میزان استرس در زندگی بیماران را شناسایی کنیم و با آموزش مناسب برای مقابله و سازگاری با استرس، کنترل مطلوب‌تری برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها به دست می‌آید. عبدی، چلبیانلو و پاک (۱۳۹۴) با بررسی سیستم‌های مغزی و رفتارهای استرس‌زای زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه دست یافتند که سیستم بازداری رفتاری (BIS) موجب افزایش برانگیختگی، فراخوانی حالات عاطفی اضطراب و تجربه عواطف منفی می‌شود و به نظر می‌رسد افرادی که سیستم بازداری فعال‌تری دارند، در مواجهه با حوادث استرس‌زا، دچار اضطراب بیشتری می‌شوند. از طرفی در معرض زندگی پراسترس بودن می‌تواند عملکردهای گوناگون دستگاه ایمنی را تضعیف نماید. برخی تدابیر روان‌شناختی اضطراب ناشی از برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و گاهی مؤثر در ارتقاء سلامت روان بیماران است. در مطالعه انجام‌شده قراء زیبایی، علی‌اکبر دهکردی، علی‌پور و محتشمی (۱۳۹۱) با موضوع بررسی رابطه اثربخشی معنا درمانی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه دست یافتند: معنادرمانی بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷) در مطالعه دیگری با عنوان ذهنیت در درمان متمرکز بر دلسوزی (شفقت) در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. نشان دادند: درمان مبتنی بر دلسوزی (شفقت) از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مداوم به عواطف درونی، مشکلات روانی را کاهش می‌دهد و سلامت روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بهبود می‌بخشد. در نهایت پیشنهاد کرده‌اند انجمن‌های ام اس در سراسر ایران از این روش درمانی برای افزایش سلامت روان‌شناختی بیماران استفاده کنند.

مطالعات گذشته نشان می‌دهد سه متغیر یاد شده (شفقت با خود، ارزیابی شناختی، عادات استرس‌زا) توأمأ در مورد بیماری ام‌اس. بررسی نشده‌اند، لذا در پژوهش حاضر در کنار مطالعه و بررسی متغیر شفقت با خود و ارزیابی شناختی به‌عنوان دو متغیر نوین و بسیار اثرگذار و تأثیرگذاری مستقیم بر سبک زندگی، میزان استرس، چگونگی به وجود آمدن عادات استرس‌زا و درنهایت تأثیر متغیرهای ذکرشده بر بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی با هدف تعیین رابطه شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) است. جامعه آماری را بیماران ام‌اس استان البرز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. جهت نمونه‌گیری با توجه به فرمول فیدل و تاباچینگ بر اساس روش پژوهش همبستگی و با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین (ارزیابی شناختی و شفقت با خود) حداقل تعداد افراد نمونه باید ۸۰ نفر انتخاب می‌شد، همچنین با توجه به احتمال ریزش و عدم همکاری افراد، ۲۰۰ پرسشنامه به‌صورت مجازی و از طریق شبکه‌های اجتماعی به‌صورت لینک پرسشنامه ارسال و در اختیار بیماران قرار گرفت (به دلیل شیوع پاندمی کوید ۱۹ و حساس بودن بیماری ام اس امکان ملاقات حضوری جهت مصاحبه و آزمون نبود) از این بین ۱۳۰ زن مبتلا به بیماری ام‌اس ۲۵ تا ۴۵ سال به روش در دسترس به‌عنوان گروه نمونه وارد پژوهش شدند؛ معیارهای ورود شامل عضویت در انجمن

بیماران ام.اس استان البرز که حداقل پنج سال از دریافت تشخیص بیماری ام.اس توسط متخصص مغز و اعصاب و متخصص عصب‌شناسی می‌گذرد؛ تأیید تیم درمان پزشکی و تأیید تیم روان‌شناسی انجمن ام.اس حائز اهمیت بوده است از سویی کامل نکردن پرسشنامه‌ها، معیار خروج مطالعه حاضر بود. استفاده سه پرسشنامه در این پژوهش به شرح زیر است:

الف) پرسشنامه شفقت با خود^۱: این پرسشنامه که شامل ۲۶ ماده برای اندازه‌گیری سه مؤلفه مهربانی به خود (۵ ماده) در برابر قضاوت کردن خود معادل نامهربانی با خود (۵ ماده)، اشتراک انسانی (۴ ماده)، در برابر انزوا (۴ ماده) و ذهن آگاهی (۴ ماده) در برابر همانندسازی افراطی (۴ ماده) تدوین شده است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این پرسشنامه در دو حوزه جداگانه مقیاس‌ها و شفقت به خود (مقیاس کلی) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (بیگدلی، نجفی، رستمی، ۱۳۹۲). در ایران این پرسشنامه برای اندازه‌گیری شفقت با خود از فرم کوتاه ۱۲ ماده‌ای در شش خرده مقیاس و هر کدام دو ماده تدوین شده است. همچنین روایی و پایایی پرسشنامه توسط شهبازی با ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ بیان شده است، برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده و روایی هم‌زمان و همگرا بودن پرسشنامه را نیز مطلوب گزارش کردند (شهبازی، مقامی، رجیبی و جلوداری، ۱۳۹۴).

ب) پرسشنامه استاندارد سنجش استرس کودرون^۲ (۱۹۶۷): این مقیاس متشکل از ۱۶ سؤال است که به صورت بلی-خیر پاسخ داده می‌شود. این آزمون میزان استرس‌های خانوادگی و روابط بین فردی را ارزیابی می‌کند. ضریب اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. به علاوه این آزمون توانسته است بین افراد با منبع کنترل بیرونی و درونی (که از نظر شدت و میزان استرس با یکدیگر تفاوت دارند) تمایز قائل شود. این امر مبین روایی تفکیکی آن است. اعتبار آزمون مذکور در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است (محمدزاده، سیدابراهیمی و سامی، ۱۳۹۱). مؤلفه‌های پرسشنامه عبارت‌اند از فشار کاری مدیران و تصمیم‌گیرندگان، بهداشت زندگی، استرس ناشی از زندگی شخصی، استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری. روایی و پایایی این پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تأیید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است (بخشی پور و دژکام، ۱۳۹۴).

پ) آزمون ارزیابی شناختی^۳: این پرسشنامه توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان تدوین شده است. فرم اولیه آن دارای ۱۶ سؤال است. فرم کوتاه و تجدیدنظر شده آن ۱۰ گویه دارد که تفاوت‌های فردی را در ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی ابزاری بررسی می‌کند. گزینه‌های آن در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. مشتعل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به‌شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ پرسش‌نامه بعد سرکوبی را موردسنجش قرار می‌دهند و بقیه سؤالات تنظیم ارزیابی مجدد را موردسنجش قرار می‌دهد. پایایی و روایی این پرسشنامه از نظر گروس و جان این گونه بیان شده است: همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ را نشان می‌دهد. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد. (Neff, 2003) نمره‌گذاری این پرسشنامه این گونه طراحی شده است: هر گزینه به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً

1 Self Compassion Questionnaire

2 Kudron's standard stress measurement questionnaire

3 cognitive assessment test

مخالقم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (با نمره ۷) درجه‌بندی شده و پس از جمع نمرات تمام سؤالات ۳ نمره حاصل خواهد شد؛ که مربوط به خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد (۱۰، ۸، ۷، ۵، ۳، ۱)، سرکوبی (سؤالات ۹، ۶، ۴، ۲) و یک نمره کل است. نمرات بالاتر نشانگر تنظیم هیجان بهتر است (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

۴- یافته‌ها

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی شرکت‌کنندگان به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم و پایین‌تر	۷۱	۵۴.۶
کاردانی و کارشناسی	۴۴	۳۳.۸
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵	۱۱.۵
جمع	۱۳۰	۱۰۰
مجرد	۸۸	۶۷.۰۷
متأهل	۴۲	۳۲.۳
جمع	۱۳۰	۱۰۰

متغیرهای جمعیت‌شناسی از لحاظ تحصیلات و تأهل در جدول (۱) مورد بررسی توصیفی قرار گرفت.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عادات استرس	۳۷.۵۲	14.28
شفقت خود	31.17	7.45
نامهربانی با خود	27.31	8.36
ارزیابی شناختی	22.22	7.8
ارزیابی مجدد	14.1	4.76
سرکوبی	8.14	4.39

میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان را به تفکیک متغیرهای پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است.

بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون: سطح متغیرهای پیش‌بین و ملاک، زمانی که از SPSS برای برآورد پارامترها استفاده می‌شود باید حداقل فاصله‌ای باشد که در این پژوهش از داده‌های فاصله‌ای استفاده شده است همچنین متغیرهای پیش‌بین نیز از نوع فاصله هستند. آزمون مستقل بودن داده‌ها:

در این پژوهش با استفاده از آماره دوربین و اتسون متغیرها ارزیابی و نتایج به دست آمده ۱/۹۳۷ است یعنی عددی بین ۱/۵ تا ۲/۵ بنابراین این پیش‌فرض رعایت شده است.

جدول ۳- آماره کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن

متغیرها	آماره Z	DF	سطح معناداری
عادات استرس	۰/۰۴۴	۱۳۰	۰/۲۰۰

نرمال بودن توزیع صفات: توزیع نمره‌های متغیر وابسته در جامعه برای هر ارزش متغیر مستقل بایستی به صورت نرمال باشد. برای بررسی این مفروضه آماره کولموگروف اسمیرنف با استفاده از SPSS مورد بررسی قرار گرفت که در جدول (۳) ارائه شده است. نتایج بررسی نرمال بودن متغیر با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد متغیر پژوهش دارای توزیع نرمال است.

جدول (۴) چند هم خطی

متغیر	Tolerance	VIF
شفقت خود	۰،۸۸۳	۱،۱۳۲
نامهربانی با خود	۰،۹۱۱	۱،۰۹۸
ارزیابی شناختی	۰،۸۳۷	۱،۱۹۴

چند هم خطی: جهت بررسی این پیش فرض اساسی از شاخص Tolerance و VIF استفاده شد و جدول (۴) نشان داد که در همه متغیرها مقدار Tolerance کمتر از ۰/۱ نبوده و شاخص VIF نیز بیشتر از ۱۰ نبود بنابراین چند هم خطی وجود ندارد. بررسی فرضیه اصلی پژوهش (بین شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا رابطه وجود دارد): جهت بررسی این فرضیه پژوهشی از رگرسیون به روش هم‌زمان استفاده شد زیرا رگرسیون اجازه می‌دهد نمره یک فرد در یک متغیر بر اساس نمره او در متغیر دیگر پیش‌بینی شود.

جدول ۵- خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص روش	R	R2	F	DF1	DF2	سطح معناداری
هم‌زمان	۰،۶۵۶	۰،۴۳۰	۳۱،۷۴۳	۳	۱۲۶	۰،۰۰۱

جدول (۵) به مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل به روش هم‌زمان اشاره کرده است؛ بنابراین نسبت F بیانگر اثر معنادار متغیرهای عادات استرس، ارزیابی شناختی و شفقت به خود در معادله رگرسیون ($p \leq 0.01$) است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در پیش‌بینی عادات استرس این متغیر ۰/۴۳ درصد از واریانس متغیر عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام اس را تبیین کرده است. جدول (۶) با اشاره به متغیرهای شفقت با خود، نامهربانی با خود و ارزیابی شناختی پیش‌بینی کننده معنادار عادات استرس‌زا دارد با توجه به علامت مثبت بتا می‌توان گفت پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس شفقت با خود و ارزیابی شناختی یک رابطه معکوس است؛ و پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس نامهربانی با خود یک رابطه مستقیم.

جدول ۶- ضریب حاصل از رگرسیون به روش هم‌زمان، متغیر پیش‌بینی کننده عادات استرس‌زا

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد نشده			متغیر
		Beta	SD	B	
۰،۰۰۰	۷،۸۸۱	-	۶،۱۹۶	۴۸،۸۳۳	مقدار ثابت
۰،۰۰۰	-۵،۱۲۳	-۰،۳۶۷	۰،۱۳۷	-۰،۷۰۳	شفقت خود

نامهربانی با خود	۰،۶۳۸	۰،۱۲۰	۰،۳۷۴	۵،۳۰۲	۰،۰۰۰
ارزیابی شناختی	-۰،۳۱۰	۰،۱۳۳	-۰،۱۷۲	-۲،۳۳۹	۰،۰۲۱

فرضیه فرعی: بین شفقت خود با و عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه وجود دارد.

جدول ۷- ضریب همبستگی شفقت با خود و ابعاد آن با عادات استرس‌زا

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
شفقت به خود	۱۳۰	-۰،۴۹۰	۰،۰۰۱
نامهربانی به خود	۱۳۰	۰،۴۸۸	۰،۰۴۳

جدول (۷) نشان می‌دهد نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا رابطه مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. شفقت با خود و عادات استرس رابطه منفی و معناداری در سطح ۰/۰۱ داشته‌اند و این نتیجه نشان می‌دهد که با بالا رفتن نمره فرد در متغیر عادات استرس‌زا، شفقت با خود کاهش و نامهربانی با خود افزایش می‌یابد.

۲- بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه وجود دارد.

جدول ۸- ضریب همبستگی ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
ارزیابی شناختی	۱۳۰	-۰،۴۰۰	۰،۰۰۱
ارزیابی مجدد	۱۳۰	-۰،۲۶۴	۰،۰۰۲
سرکوبی	۱۳۰	-۰،۳۱۰	۰،۰۰۱

جدول (۸) جهت بررسی رابطه بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس از همبستگی پیرسون استفاده شد که پیش فرض‌های این روش با روش رگرسیون یکسان است. نشان می‌دهد که بین ارزیابی شناختی و ابعاد آن (ارزیابی مجدد و سرکوبی) رابطه معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که با بالا رفتن نمره فرد در متغیر عادات استرس‌زا، ارزیابی شناختی و ابعاد آن (ارزیابی مجدد و سرکوبی) کاهش می‌یابد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه فعلی در زمینه رابطه عادات استرس‌زا و شفقت به خود و ارزیابی شناختی نشان داد که شفقت به خود رابطه معکوس و نامهربانی با خود رابطه مستقیم و معنی‌داری با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام اس دارد که با یافته‌های پیشین هم سو بوده است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به مواردی که تکنیک‌های آرمیدگی و شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت و واقعی به جای آن‌ها، مدیریت هیجان، شبکه‌های حمایت اجتماعی و چگونگی بهره‌مندی از آن، ارتباط اجتماعی سالم که از عوامل شادکامی هستند، بر مدیریت استرس مؤثرند؛ بنابراین ارتباط منفی ارزیابی شناختی که شامل این موارد نیز می‌شود با عادات استرس‌زا دور از انتظار نیست. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی و متعاقباً تغییر در تفکرات و باورهای فرد می‌گردد، بدین‌سان که فرد با تجربه آرامش روانی تلاش می‌کند تا افکار و نگرش‌های ناسالم و درد زای خود را در جهتی سوق دهد تا کمتر حالات و احساسات درد را به همراه داشته باشد. همچنین بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس

به دلیل عوارض ناشی از بیماری، مشکلات جدی را در زمینه‌های حرکتی، جنسی، اختلالات شناختی، اختلالات اسفنجی، اختلالات خواب، خستگی مفرط و علائم عصبی- روانی (افسردگی، اضطراب و ...) تجربه می‌کنند که احتمالاً بر انجام وظایف و مسئولیت‌های بیمار تأثیر سوء گذاشته و موجب کاهش خلق فرد می‌شود. کاهش خلق باعث تجربه کمبود انرژی و ایجاد سیکل معیوبی از افت خلق-احساس غمگینی شده که در نهایت منتج به افت کیفیت زندگی در این بیماران خواهد شد. مقابله‌های نامؤثر و ناکارآمد در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا، مدیریت خشم و تحریفات شناختی که در بسیاری از موارد سرمنشأ افکار منفی و فاجعه‌سازی هستند، همچنین استرس‌های روحی و جسمی چه به صورت مزمن و چه به صورت ناگهانی می‌توانند سبب تشدید علائم بیماری ام‌اس شوند. تحمل استرس وقوع حملات بیماری را به دو برابر بیشتر از شرایط معمول افزایش می‌دهد. لذا شفقت به خود و عدم قضاوت خود به بیماران کمک می‌کند تا با آرام‌سازی و کنترل استرس خود، احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند و همین موضوع در افزایش شادکامی آنان مؤثر خواهد بود. در بررسی رابطه شفقت به خود و نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا نتایج مطالعه کنونی نشان داد که شفقت به خود با عادات استرس‌زا رابطه منفی و در مقابل نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گذشته نیز هم سو بوده است. این مطالعات نیز به این مسئله اذعان داشته‌اند که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش آلام و آسیب‌های مخرب ناشی از استرس در بیماران مبتلا به ام‌اس کارگشا باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه ابزار سنجش خود شفقتی دارای دو طیف شفقت به خود (شامل ابعاد اشتراکات انسانی، ذهن آگاهی و مهربانی با خود) و نامهربانی با خود (انزوا، قضاوت خود و همانندسازی افراطی) است، دور از انتظار نیست که فردی که ذهن آگاهی دارد واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک کرده و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) را دارا باشد. به این معنی که در بین شرکت‌کنندگان فردی که خود شفقتی بالایی داشته است با استرس‌های بیماری و زندگی روزمره خود به صورت یک واقعیت کنار آمده و این نکته را درک کند که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای واکنش غیرارادی و بی تأمل به رویدادها، با تفکر و تأمل پاسخ دهند. در زمینه بررسی رابطه بین ارزیابی شناختی (و ابعاد آن) و عادات استرس‌زا، نتایج مطالعه حاضر نشانگر رابطه منفی معنادار بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام‌اس است که با یافته‌های پیشین گذشته نیز هم سو بوده است به این معنی که فردی که نمی‌تواند از طریق ارزیابی مجدد عادات استرس‌زا را کنار بگذارد، عادات استرس‌زای بیشتری را درک می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در بیماران مبتلا به ام‌اس که با اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند؛ اما اگر شیوه‌های ارزیابی شناختی مناسب برای مقابله با استرس در آن‌ها وجود داشته باشد، کمتر آسیب می‌بینند. فرد در موقعیت استرس‌زا می‌تواند با ارزیابی مجدد موقعیت و عدم واکنش‌های هیجانی نامناسب تا حدی از استرس حاصل از آن موقعیت بکاهد.

۶- منابع

- ۱- امیری‌نیا، محمود (۱۳۹۵). هیجان رفتار و تن گفتار. قم: نشر آراسته.
- ۲- بخشی‌پور، عباس؛ دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی، ۹(۴)، ۳۵۱-۳۶۵.
- ۳- بیگدلی، ایمان‌اله؛ نجفی، محمود؛ و رستمی، مریم (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دل‌بستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۳(۹)، ۷۲۱-۷۲۹.

- ۴- حسینی، فاطمه؛ و اسماعیلی، مریم (۱۳۸۷). بررسی بیماری مولتیپل اسکلروزیس و عادات استرس‌زا. پژوهش پرستاری ایران، ۳(۱۰ و ۱۱)، ۳۲-۲۵.
- ۵- دهقانی، علی؛ محمدخان کرمانشاهی، سیما؛ معماریان، ربابه (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۲(۲)، ۸۲-۸۸.
- ۶- برنامه ملی ثبت ام‌اس (۱۴۰۳). داده‌های اپیدمیولوژیک. برگرفته از سایت <https://nmsri.ir>
- ۷- ساراسون، اروین جی؛ و ساراسون، باربارا آر (۱۳۹۳). روانشناسی مرضی. ترجمه داود عرب، ایران داودی، بهمن نجاریان و محسن دهقانی. تهران: رشد.
- ۸- سلیمی، آرمان؛ ارسلان‌ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش، ۲۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.
- ۹- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ و جلوداری، آرش (۱۳۹۴). ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت - خود در گروهی از زندانیان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۵(۱۹)، ۳۱-۴۶.
- 20.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8 dor:**
- ۱۰- عبدی، رضا؛ چلبیانلو، غلامرضا؛ و پاک، راضیه (۱۳۹۷). نقش سیستم‌های مغزی/ رفتاری (BAS/BIS)، رویدادهای استرس‌زای زندگی و دوره بیماری در پیش‌بینی شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر شیراز، سال ۱۳۹۴. مجله علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷(۳)، ۲۱۳-۲۲۴. **20.1001.1.17353165.1397.17.3.2.5 dor:**
- ۱۱- فروغی، علی‌اکبر؛ خانجانی، سجاده؛ رفیعی، سحر؛ و طاهری، امیرعباس (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۶(۶)، ۷۷-۸۷. **10.29252/shenakht.6.6.77doi:**
- ۱۲- قراء زیبایی، فاطمه؛ علی‌اکبر دهکردی، مهناز؛ علی‌پور، احمد؛ و محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). رابطه اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶(۴)، ۱۲-۲۰.
- ۱۳- گیلبرت، پاول (۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. تهران: ابن‌سینا.
- ۱۴- محمدزاده، حسن؛ سیدابراهیمی، سمکو؛ و سامی، سعدی (۱۳۹۱). بررسی رابطه کمال‌گرایی، استرس و تحلیل‌رفتگی در بین مربیان شنای زن و مرد. رشد و یادگیری حرکتی- ورزشی، ۴(۱)، ۱۲۹-۱۳۹. **doi:10.22059/jmlm.2012.25079**
- ۱۵- نویدنیا، منیژه (۱۳۹۳). بررسی رابطه امنیت اجتماعی و سبک زندگی (تحقیقی در شهر تهران). مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۱(۴۱)، ۱۳۴-۱۲۰.
- ۱۶- هنرور، سودابه؛ رهنما، نادر؛ و نوری، رضا (۱۳۹۳). تأثیر شش هفته ماساژ بر تعادل، خستگی و کیفیت زنان مبتلا به ام‌اس. نشریه پژوهش در توان‌بخشی ورزشی، ۲(۴)، ۲۳-۳۰.
- 17- Ascherio, A., & Munger, K. L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part I: the role of infection. *Annals of neurology*, 61(4), 288-299. **doi:10.1002/ana.21117**
- 18- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., & Barlow, D. H. (2008). Behavioral activation for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 328-364.
- 19- Gamboa, O. L., Tagliazucchi, E., von Wegner, F., Jurcoane, A., Wahl, M., Laufs, H., & Ziemann, U. (2014). Working memory performance of early MS patients correlates inversely with modularity increases in resting state functional connectivity networks. *Neuroimage*, 94, 385-395. **doi:10.1016/j.neuroimage.2013.12.008**
- 20- Hope, R. A. (1995). *Manage your mind: the mental fitness guide*. Oxford University Press.
- 21- Lally, P., Van Jaarsveld, C. H., Potts, H. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*, 40(6), 998-1009. **doi:10.1002/ejsp.674**
- 22- Lassmann, H. (2019). Pathogenic mechanisms associated with different clinical courses of multiple sclerosis. *Frontiers in immunology*, 9, 3116. **doi:10.3389/fimmu.2018.03116**

- 23- Meads, D. M., Doward, L. C., McKenna, S. P., Fisk, J., Twiss, J., & Eckert, B. (2009). The development and validation of the Unidimensional Fatigue Impact Scale (U-FIS). *Multiple Sclerosis Journal*, 15(10), 1228-1238. **doi:10.1177/1352458509106714**
- 24- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. **doi:10.1080/15298860309032**
- 25- Oliva Ramirez, A., Keenan, A., Kalau, O., Worthington, E., Cohen, L., & Singh, S. (2021). Prevalence and burden of multiple sclerosis-related fatigue: a systematic literature review. *BMC neurology*, 21, 1-16. **doi:10.1186/s12883-021-02396-1**
- 26- Reich, D. S., C. F. Lucchinetti, & P. A. Calabresi. (2018). Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine* 378(2), 169–180. **doi:10.1056/NEJMra1401483**
- 27- Salehpoor, G., Hosseininezhad, M., & Rezaei, S. (2012). A preliminary path analysis: effect of psychopathological symptoms, mental and physical dysfunctions related to quality of life and body mass index on fatigue severity of Iranian patients with multiple sclerosis. *Iranian journal of neurology*, 11(3), 96-105.

The Relationship Between Self-Compassion and Cognitive Evaluation with Stress Habits in Women with Multiple Sclerosis

Zohreh Pourmirza Leilakouhi¹, Sirvan Asmaei Amajd^{2*}

1- Lahijan Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran.

zohrepul@gmail.com

2- Lahijan Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran. (Corresponding Author)

samajd@liau.ac.ir

Abstract

One of the major challenges in modern societies caused by the industrial lifestyle is inefficient evaluations when facing challenges and tensions, leading to stress. Therefore, identifying stress-inducing factors in various diseases is clinically significant. This study aimed to examine the relationship between cognitive evaluation, self-compassion, and stress habits among women with multiple sclerosis (MS). It is a cross-sectional applied study categorized as descriptive-correlational research. The participants consisted of 130 women with MS. Data analysis was performed using regression tests and SPSS software. Data were collected using the Self-Compassion Questionnaire, the standard Kooadrun stress measurement, and the Gross and John cognitive evaluation test. Variables such as stress habits, cognitive evaluation, and self-compassion significantly influenced the regression equation ($p \leq 0.01$), explaining 43.5% of the variance in stress habits. The prediction of stress habits based on a lack of self-kindness showed a direct relationship with a beta coefficient of 0.637. Additionally, self-kindness was positively related to stress habits, while self-compassion showed a negative significant relationship at the 0.01 level. Cognitive evaluation and its dimensions were also significant at the 0.05 level. It is recommended to implement compassion-based therapies, emotional management training, mindfulness exercises, relaxation techniques, identification of negative automatic thoughts, replacement with positive thoughts, and social support networks effective in stress management and emotional regulation training in cognitive evaluations to control stress among people with MS.

Keywords: Multiple Sclerosis, Self-Compassion, Cognitive Evaluation, Stress Habits.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)