

مقایسه تأثیر درمان اگزیتانسیالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری شارکو ماری توت (cmt)

سید اصغر فغانی تولون^۱ | مرتضی گلستانی پور^۲ | سیده زهرا ساداتی^۳

۵۴

سال چهاردهم
تابستان ۱۴۰۲

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
۱۴۰۱/۱۰/۰۳
تاریخ پذیرش:
۱۴۰۲/۰۳/۱۰
صص: ۱۱۸-۱۰۱

شاپا چاپ: ۵۱۶۲-۲۵۸۸
الکترونیکی: ۵۱۷-۲۶۴۵



چکیده

هدف: شارکو ماری توت، بیماری است که در آن اعصاب محیطی آسیب دیده و همچنین به عنوان نوروپاتی حسی و حرکتی ارثی شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان اگزیتانسیالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری شارکو ماری توت انجام شد.

روش: طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه جانبازان دارای بیماری شارکو ماری توت شهر تهران می‌باشد و پس از هماهنگی‌های لازم با جانبازان مبتلا به شارکو ماری توت که شرایط لازم برای شرکت داشتند ۳۰ نفر در گروه‌های آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین و انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تاب آوری کاتر و دیویدسون (۱۹۹۱-۱۹۷۹) و پرسشنامه‌ی ترس از مرگ کالتستر ۱۹۶۹ استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل سؤالات و فرضیات پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) جهت بررسی فرضیه‌ها و همچنین از آزمون‌های آماری مستقل و MANOVA برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش استفاده شد. در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌های پژوهش نیز از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو رویکرد درمان اگزیتانسیالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به شارکو ماری توت تأثیر دارد. ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می‌تواند برای جانبازان از درمان‌های وجودی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره برد و در کاهش دردهای روانی این بیماران گام موثری برداشت.

کلیدواژه‌ها: درمان اگزیتانسیالیسم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب آوری، اضطراب وجودی، جانبازان، شارکو ماری توت.

DOR: 20.1001.1.25885162.1402.14.2.5.2

faghani59@gmail.com

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد تکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایذه، دانشگاه آزاد اسلامی، خوزستان، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد قائم شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

مقدمه

بیماری‌های عصبی-روانی دسته‌ای از اختلالات نورولوژیک هستند که در نهایت به ضعیف شدن و تحلیل رفتن عضلات منجر می‌شود. از جمله این اختلالات بیماری شارکو ماری توث^۱ یا CMT گروهی از اختلالات عصبی-روانی است که سبب آسیب عصبی می‌شوند. این آسیب عمدتاً در بازوها و پاها (اعصاب محیطی) بروز می‌یابد. شارکو ماری توث همچنین تحت عنوان نوروپاتی^۲ حرکتی و حسی نیز شناخته می‌شود (جانسون^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر آن، امکان دارد فرد از دست دادن حس و انقباض‌های عضلانی را تجربه کرده و راه رفتن برای او دشوار شود. بدشکلی‌های پا از جمله چکشی شدن انگشتان و افزایش بیش از حد قوس پا نیز در مبتلایان به این بیماری شایع هستند. افزون بر این، علائم معمولاً در پا و قسمت پایین‌تر از مچ آن بروز می‌یابند اما با این وجود می‌توانند در نهایت دست‌ها و بازوها را نیز تحت تأثیر قرار دهند. علائم بیماری شارکو ماری توث معمولاً در اوایل بزرگسالی پدیدار می‌شوند اما با این حال، ممکن است در میانسالی فرد نیز بروز یابند. علائم این بیماری در دوران میانسالی شامل از دست دادن انقباض عضلانی و تحلیل رفتن قوام عضلانی می‌باشد. میانسالی آنی که با علائم خفیف مراجعه می‌کنند از درد عضلانی رنج می‌برند و با شدیدتر شدن علائم علاوه بر دردهای عضلانی از اسپاسم‌های مداوم شکایت می‌کنند (نادری، ۱۳۹۷). جانبازان دارای علائم عمدتاً قادر به انجام کارکردهای زندگی فردی و اجتماعی و شغلی هستند و در فعالیت‌های اجتماعی مانند افراد عادی مشارکت دارند. لازم به ذکر است درمان علائم این اختلال عصبی در جانبازان با در نظر گرفتن سایر اختلالات همبود باید مورد توجه قرار گیرد (نادری، ۱۳۹۷). از سوی دیگر در این بیماری دلوپسی‌هایی نظیر مرگ، آزادی و پوچی بروز می‌یابد به طوری که بیمار را با مفاهیمی مانند معنی رنج، آزادی انتخاب، مسئولیت‌پذیری و اضطراب وجودی آشنا می‌کنند و سعی می‌کند که میزان مرگ آگاهی در فرد را به حداکثر برساند.

از متغیرهایی که با بیماری شارکو ماری توث مرتبط است تاب آوری می‌باشد (پاپیس^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). تاب آوری نشان‌دهنده توانایی فرد در حفظ تعادل فیزیکی و روانی است و به

1. Charcot marie tooth
2. neuropathy
3. Johnson
4. papis

ادراک و باورهای اطلاق می‌گردد که فرد را در رویارویی با عوامل خطر محیطی و شرایط تنیدگی زا محافظت می‌کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱). مولفه‌های زیربنایی تاب آوری زمینه لازم برای مقابله مطمئن تر با محیط و بیماری را فراهم می‌کند و فرد را مستعد یافتن روش‌های بهتر حل مساله می‌نماید (لار یا^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد در بیماران مبتلا به بیماری مذکور فاکتورهای روانی مانند تاب آوری اهمیت بسزایی دارند به گونه ای که داشتن تاب آوری بالا امید به زندگی را بالا برده و سیستم دفاعی بدن را نیز تقویت می‌کند (کورتس^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). ازسوی دیگر، از آنجایی که بیماران شارکوماری توث به خاطر وجود این بیماری و تهدیدها و تحدیدهایی چه به لحاظ جسمی و روانی می‌شوند مستعد اضطراب‌های وجودی همچون اضطراب مرگ، اضطراب پوچی و بی‌معنایی زندگی، اضطراب تنهایی در زندگی خود می‌باشند و ممکن است زندگی آنها را با ناامیدی و فقدان معنی و احساس تنهایی همراه سازد، بنابراین توجه به مسائل وجودی و نگرانی‌های وجودی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات انجام شده در زمینه اضطراب وجودی حاکی از آن است که اغلب بیماران مبتلا به بیمارهای مادرزادی مانند شارکو ماری توث از این اضطراب رنج می‌برند و عمدتاً با نگرانی‌های وجودی عمده ای دست و پنجه نرم می‌کنند (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱).

یکی از اشکال رواندرمانی درمان وجود است. در رویکرد وجودی، آگاهی از مرگ برای کشف معنا و هدف زندگی کاملاً ضروری است (سوپیر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). درمان وجودی موقعیتی برای رویارویی وجودی بیماران است. به بیمار در مواجهه با واقعیات زندگی از جمله اضطراب مرگ کمک می‌شود و بیمار تشویق می‌شود از حالت انفعال خارج شود و آزادی خود را بپذیرد و نوع نگرش خود نسبت به مسائل را انتخاب کند (مقیمی، سنبل و سعیدی، بیان، ۱۳۹۵). درمان‌های وجودی روی بیماری‌های جسمی و همچنین روان تنی تأثیر دارند پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان‌های ترکیبی یعنی پزشکی، دارویی و رواندرمانی بهتر از درمان دارویی صرف است (مک کری و چر^۴، ۲۰۲۱). رویکرد وجودی در حوزه روان‌شناسی به‌عنوان وضعیتی مشترک برای همه افراد بدون توجه به فرهنگ، مذهب، قومیت و نژاد به مسائل عمیق و محوری همچون تنهایی،

1. Lorrea
2. Cortese
3. Souper
4. Mc Cray & Schere

بی‌معنایی، مرگ و آزادی می‌پردازد (سوپیرو و همکاران، ۲۰۱۴). این رویکرد به‌جای تأکید بر بهبود بیماری یا به‌کارگیری مطلق تکنیک‌های حل مسأله برای تکلیف دشوار زندگی اصیل، بر درک آزادی، مسؤلیت و ابراز صادقانه خویش تمرکز دارد (جانسون و همکاران، ۲۰۱۱). این رویکرد گروهی رویکرد پویایی است که بر چهار نگرانی اساسی؛ یعنی مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی که در وجود انسان ریشه دارند، تأکید دارد (کجباف، ۱۳۹۴).

یکی از درمان‌های غیردارویی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که پژوهش‌ها اثربخشی این درمان را برای دردهای مزمن در میان افراد نشان می‌دهد (اسکات و همکاران^۱، ۲۰۱۷). پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی رفتاری موج سوم است که هدف آن افزایش مشارکت در فعالیت‌هایی است که معنای زندگی، اعتبار و ارزش زندگی افراد مبتلا به درد یا ناراحتی مداوم را فراهم می‌کند (پیلچ، ولس و ویکسل^۲، ۲۰۱۷). یکی دیگر از شیوه‌های روان‌درمانگری و رویکردهایی که ابعاد تعریف سلامت را مد نظر قرار داده است و در سالهای اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (هیز^۳ و همکاران، ۲۰۱۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه پژوهشاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (راسور^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست‌یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود و شش فرآیند مرکزی دارد که به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند و عبارتند از: گسلسن شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهد (هاشمی، ۱۳۹۶).

همانگونه که در این بخش ملاحظه شد، تاکنون پژوهش‌های زیادی در زمینه مقایسه تأثیر درمان اگزیتانسالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان دچار بیماری‌های عصبی-روانی مانند شارکو ماری توت انجام نشده است. و در زمینه موضوع این پژوهش یعنی مقایسه تأثیر درمان اگزیتانسالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

1. Scott
2. pilch, voles, viksel
3. hayes
4. Rossor

تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری‌های عصبی-روانی پژوهش‌های جامع‌تری تا کنون بویژه در ایران صورت نگرفته است (مورلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). لازم به ذکر است جانبازان به دلیل تاثیرگذاری در حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی کشور و ضرورت توجه به سلامت آنها همواره کانون توجه سیستم خدمات بهداشتی بوده‌اند. بنابراین آن دسته از جانبازانی که ابتلای آنها به بیماری عصبی-روانی تایید می‌شود و ممکن است قبل از جانباز شدن یا بعد از آن علائم صبی - روانی از جمله بیماری شارکوماری توث و مشکلات نورولوژیک را بروز داده باشند کانون توجه باید قرار گیرند. ازاینرو، در این مطالعه پژوهشگر سعی دارد رویکردی را عملیاتی کند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را در خود در برداشته باشد و درعین حال، فرضیه‌های اساسی پژوهشگر را که معتقد است آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برافزایش تاب آوری جانبازان مبتلا به شارکوماری توث مؤثر است و همچنین آموزش درمان وجودی برافزایش تاب آوری این بیماران مؤثر است را مورد بررسی قرار دهد. علاوه براین، مشخص سازد که کدام یک از روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان وجودی روش مناسبتری برای افزایش سرمایه‌های روانشناختی در این بیماران است. لذا از آنجا که هیچ پیشینه‌ای در رابطه با مقایسه این دو رویکرد درمانی یافت نشده، پژوهشگر برآن شد تا با استفاده از مشکل تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری عصبی-روانی از جمله شارکوماری توث بررسی کند که کدام یک از این رویکردها توانایی بهبود میزان تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماران شارکوماری توث را دارد؟

روش

طرح پژوهش پژوهش حاضر شبه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جانبازان مبتلا به بیماران شارکوماری توث شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. ۴۵ نفر در گروه‌های آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین و انتخاب شدند. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی (از بین کسانی که نمره آنها در متغیرهای تاب آوری و اضطراب وجودی یک

1. Morelli

انحراف معیار پایین تر از میانگین است) استفاده شد. ملاک‌های ورود شامل تشخیص ابتلا به انواع بیماری‌های عصبی-روانی (انواع اختلالات نورولوژیک) توسط پزشک متخصص، دامنه سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، طول درمان حداقل ۳ سال، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری خاص یازمینیه ای مانند دیابت و فشارخون، حضور در جلسات و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و همبودی بیماری روانپزشکی بود. بدین منظور از کلیه جانبازانی که واجد ملاک‌های مورد نظر بودند دعوت به عمل آمد در مطالعه شرکت نمایند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد کلیه پاسخ‌های آنان محفوظ می‌ماند و بدون ذکر دلیل می‌توانند مطالعه را ترک کنند.

ابزار

پرسشنامه تاب آوری

پرسشنامه مذکور را کونور و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۲۵ می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل شامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶). در مطالعه حاضر روایی سازه ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ محاسبه شده است.

1. Kornover\$Davidson

پرسشنامه اضطراب وجودی

پرسشنامه اضطراب وجودی لارنس گود در سال ۱۹۷۴ طراحی و اعتباریابی شده است. این مقیاس سی و دو ماده دارد و شیوه‌ی نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک است. حداقل نمره صفر و بیشترین نمره ۳۲ است. این پرسشنامه توسط عادل (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است. در پژوهش عادل (۱۳۹۳) به روش آلفای کرونباخ این آزمون را اعتباریابی کردند که ضریب آلفای خوبی برابر با ۰/۹۸ بدست آمد. همچنین در پژوهش عادل (۱۳۹۳) همسانی درونی این پرسشنامه را به روش دو نیمه سازی برابر ۰/۸۷ به دست آمد. در مطالعه حاضر روایی پرسشنامه با استفاده از روش فرم‌های موازی ۰/۹۸ و پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۹ محاسبه شد.

پروتکل درمان وجودی

پروتکل مذکور برگرفته از کتاب روان‌درمانی اگزیستانسیال اروین یالوم (۲۰۰۰) می‌باشد. مراحل مداخله بر اساس درمان وجودی (۱۹۶۷) یالوم به صورت گروهی صورت گرفت که در جدول ۱ خلاصه‌ای از طرح درمانی ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمان وجودی

ردیف	هدف	محتوا
مقدماتی	۱- معرفی اعضا ۲- بیان انتظارات اعضا ۳- بیان اهداف اعضا و رهبر گروه ۴- معرفی کار ۵- معرفی هنجارهای گروهی	اعضا بعد از معرفی خود، انتظاراتی را که از شرکت در گروه دارند بیان می‌کنند. رهبر گروه، اهداف تشکیل گروه را برای اعضا بیان می‌کند. تعداد جلسات، مدت زمان جلسات و طول جلسات برای اعضا تعیین می‌شود. قوانین و هنجارهای شرکت در جلسات مشخص می‌شود.
جلسه اول	۱- جلسه اول: برقراری رابطه مشاوره ای و تکمیل فرم پذیرش اولیه	گرفتن شرح حال از مراجع و ارزیابی بالینی اولیه، بررسی نرخ‌های مراجع درباره خویش، دنیا و ارتباط با دیگران
جلسه دوم	جلسه دوم: آشنا ساختن مراجع با رویکرد وجودی،	بررسی مجدد فرضیه‌ها و باورهای اساسی فرد که منجر به هدایت اعمال و افکار درمانجو می‌شود و آگاه ساختن مراجع با مفهوم آگاهی، مسئولیت و آزادی و کنترل درونی و بیرونی.
جلسه سوم	جلسه سوم: بررسی دفاع‌های	برخی از شایع‌ترین دفاع‌ها شامل اجباری‌گری، جابه‌جایی

جدول ۱. پروتکل درمان وجودی

ردیف	هدف	محتوا
سوم	روانی مراجع که وی را در برابر آگاهی از مسدولیت محافظت می‌کند.	مسئولیت و انداختن آن به دوش دیگران، انکار مسئولیت» قربانی بی گناه «» از دست کنترل «» دوری از رفتار خودمختار و ناهنجاری در تصمیم گیری.
جلسه چهارم	جلسه چهارم: کمک به درمان جو در جهت پذیرش مسئولیت	از طریق شناساندن شیوه‌های مسئولیت‌گریزی، مانند نسبت دادن تمام گرفتاری‌ها و مشکلات به دیگران.
جلسه پنجم	جلسه پنجم: آوردن مراجع به موقعیت اینجا و اکنون	و شرایط کنونی و پشت سر گذاشتن آنچه که در گذشته به وقوع پیوسته است.
جلسه ششم	جلسه ششم: گفتگو پیرامون محدودیت‌های مسئولیت:	۱) درک اینکه گاهی زندگی بی‌انصاف و ستمگر است. ۲) درک اینکه در نهایت از بعضی از رنج‌های زندگی و از مرگ نمی‌توان گریخت. ۳) درک اینکه هر قدر هم به دیگران نزدیک شوم، باز باید به تنهایی با زندگی مواجه شوم. ۴) درک اینکه هرچه قدر هم از دیگران راهنمایی و حمایت گرفته باشم، در نهایت مسئولیت شیوه زندگی ام بر عهده خودم است.
جلسه هفتم	جلسه هفتم: کار روی احساس گناه و اضطراب اگزیزتانسیالیسمی (وجودی)	استفاده از آن به عنوان ندایی درونی برای کمک و تحقق بخشیدن به آرزوهای فردی.
جلسه هشتم	جلسه هشتم: متعهد کردن درمانجو	به انجام یک عمل از طریق کار روی قدرت اراده و انتخاب فرد و گفتگو پیرامون موضوع تنهایی اگزیزتانسیال و مواجه کردن مراجع با تنهایی.
جلسه نهم	جلسه نهم: کار روی مفهوم معنای زندگی و ارزش‌ها،	مرگ و نیستی، فقدان معنا و پیامدهای بالینی آن.
جلسه دهم	جلسه دهم: مرور مفاهیمی که در جلسات پیش بیان شد	ایجاد تعهد قوی در مراجع در پایبندی به تعهدات از طریق رابطه عمیق و موفق که میان درمانگر و درمانجو برقرار شده است

پروتکل رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد

این پروتکل توسط هیز و همکاران (۲۰۰۷) طراحی شده است. خلاصه جلسات درمانی در

جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف	هدف	محتوا
مقدماتی	۱- معرفی اعضا ۲- بیان انتظارات اعضا ۳- بیان اهداف اعضا و رهبر گروه ۴- معرفی کار ۵- معرفی هنجارهای گروه	اعضا بعد از معرفی خود، انتظاراتی را که از شرکت در گروه دارند بیان می‌کنند. رهبر گروه، اهداف تشکیل گروه را برای اعضا بیان می‌کند. تعداد جلسات، مدت زمان جلسات و طول جلسات برای اعضا تعیین می‌شود. قوانین و هنجارهای شرکت در جلسات مشخص می‌شود. اجرای پیش‌آزمون
جلسه اول	۱- برقراری ارتباط و آشنایی با وضعیت ارتباطی از طریق فرایند ذهن ۲- بررسی مشکل از دیدگاه هر یک از اعضا ۳- مفهوم سازی مشکل از دیدگاه درمان‌کننده	آموزش فرایند ذهن آگاهی در جلسه و مثال روی مشکل اعضای گروه اعضا ابتدا نظر خود را درباره این که شکلشان واقعاً چیست، بیان می‌کنند.
جلسه دوم	داستان‌های ذهنی اجرای تمرین افکار آهنگین و نام گذاری داستان‌ها	۱- سم اجتناب تجربه ای ۲- سم غفلت از ارزش‌ها ۳- سم پر کردن در ذهن ۴- سم واکنشی بودن ۵ سم قطع ارتباط با انجام تمرین‌ها در این جلسه.
جلسه سوم	۱- انتخاب ۲- معرفی لایه‌های مه روانشناختی ۳- انجام تمرین مه‌های روان شناختی	اعضای گروه انتخاب می‌کنند ۱- نمانند و آن چه که می‌توانند را تغییر دهند. ۲- بمانند و آن چه که نمی‌توانند تغییر دهند را بپذیرند
جلسه چهارم	۱- معرفی باورهای نادرست در مورد ازدواج (تمرین ۱، ۲، ۳) ۲- آشنایی با شیوه جدا شدن از افکار و احساسات ناخوشایند	برای اعضای گروه با تمرین ۱، ۲، ۳ از باورهایی که شبیه این اعداد تا آخر عمر فراموش نمی‌شوند، تبیین می‌شود.
جلسه پنجم	آشنایی با ارزش‌های زندگی پر کردن	آشنا کردن اعضا با نقشه زندگی و ۱۰ مسیری که در نقشه زندگی هر فردی است.
جلسه ششم	۱- تعیین اهداف طرح عملیاتی انجام تمرین اهداف بر معنای مطرح عملیاتی ۲- معرفی موانع درونی و بیرونی	اعضا با استفاده از تمرین تعیین اهداف پرمعنا، اهداف آنی، اهداف کوتاه مدت، اهداف میانه مدت و اهداف بلند مدت را مشخص می‌کنند.

جدول ۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

ردیف	هدف	محتوا
جلسه هفتم	۱- معرفی بانز هر سوانح درونی، تمایل انجام تمرین‌های پذیرش و تمایل	در این جلسه برای اعضا روش برخورد با موانع درونی یعنی خوش آمد گویی از طریق استعاره مهمان توضیح داده می‌شود.
جلسه هشتم	۱- معرفی پادزهر موانع درونی / گلش انجام تمرین فضا سازی احساسات انجام استعاره قطار و استعاره‌های دیگر)	در این جلسه پادزهر دیگر موانع درونی یعنی گلش بیان خواهد شد. اعضا تمرین معنا سازی احساسات را انجام خواهند داد و استعاره‌های مربوط به گلش به انتخاب رهبر گروه برای آن‌ها توضیح داده خواهد شد استعاره قطار (تلفن همراه از جهم قلدرها و هیولاها افکار بر روی برگ)

یافته‌ها

میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۵۶/۵ سال و انحراف معیار ۵/۵ بود. از نظر تحصیلات ۴۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۵۰ درصد لیسانس و ۵ درصد بالاتر از لیسانس بودند. جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه‌ها در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

آزمایش		کنترل		درمان اگزیتانسالیسم	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	پیش آزمون	پس آزمون
۲/۰۴	۱۵/۲۰	۳/۲۴	۱۴/۶۷	پیش آزمون	تاب آوری
۲/۴۹	۱۴/۷۳	۲/۸۸	۱۴/۸۰	پس آزمون	
۸/۹۸	۱۲۶/۹۳	۷/۲۲	۱۱۲/۸۷	پیش آزمون	اضطراب وجودی
۳/۶۶	۹۹/۲۰	۵/۵۲	۱۰۰/۴۰	پس آزمون	
آزمایش		کنترل		درمان بر اساس تعهد و پذیرش	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	پیش آزمون	تاب آوری
۲/۲۳	۱۴/۵۳	۲/۵۶	۱۳/۴۷	پیش آزمون	

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

آزمایش		کنترل		درمان اگریستالیسم	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲/۳۰	۱۶/۲۰	۲/۷۴	۱۴/۳۳	پس آزمون	اضطراب وجودی
۲/۷۹	۱۶/۳۳	۱/۸۷	۱۵/۳۳	پیش آزمون	
۱۳/۰۳	۲۷/۳۳	۶/۱۰	۳۰/۳۳	پس آزمون	

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است در هر دو گروه آزمایشی، میانگین گروه آزمایش از پیش آزمون و پس آزمون بهبود یافته است؛ اما این بهبود در گروه کنترل دیده نمی‌شود. به گونه‌ای که در گروه کنترل وضعیت به طور کامل برعکس گروه آزمایش بوده است. همچنین قابل ملاحظه است که میزان تفاوت بوجود آمده در پس آزمون هر دو گروه آزمایش تا حد زیادی به یک میزان بوده است. برای بررسی همگونی واریانس سه گروه در مرحله پس آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده به لحاظ آماری معنادار نبود. بنابر این مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تایید شد. مفروضه مهم تحلیل کواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش آزمون هر متغیر وابسته بر پس آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از معنادار بودن میزان F در سطح $0/5$ بود ($P=0/33 > 0/5$ $F=1/125$) چون سطح معنی داری بدست آمده بیشتر از $0/5$ است. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون شاپیر-ویلک استفاده شده است. در آزمون انجام شده سطح معناداری $P > 0/5$ در نظر گرفته شد که نشان دهنده طبیعی بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس تک متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد.

با توجه به جدول فوق ملاحظه می‌کنیم که میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش بررسی شده‌اند. در قسمت سطح معنی داری می‌توان به نرمال بودن داده‌های هر متغیر پی برد. چنانچه سطح معنی داری هر متغیر بیش از $0/5$ باشد به این معنی است که داده‌های آن متغیر از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. با دقت به سطح معنی داری متغیرها ملاحظه می‌شود که برای همه

داده‌ها این سطح بالاتر از ۰/۰۵ بوده و در نتیجه فرض صفر درست بوده و داده‌ها نرمال هستند و می‌توانیم از آزمون‌های پارامتریک استفاده کنیم.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر درمان اگزیتانسالیسم و درمان بر اساس تعهد و پذیرش بر تاب آوری و اضطراب وجودی

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلای	۰/۵۳۴	۱۰	۹	۰/۰۰۳
لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳
اثر هتلینگ	۸/۰۰۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۸/۰۰۱	۱۰	۹	۰/۰۰۳

با معنی داری آزمون کواریانس چند متغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای میان دو گروه آزمایش و کنترل در اثر درمان و تفاوت معنی دار وجود داشته باشد لذا جهت بررسی این معنی داری به تحلیل به کواریانس چند متغیری پرداخته شد

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایشی با نمره پیش آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تاب آوری در درمان اگزیتانسالیسم	پیش آزمون	۱	۲۴/۳۴۰	۴/۴۹۵	۰/۰۴۸	۰/۲۰۰
	گروه	۱	۶/۷۸۶	۴/۲۵۳	۰/۰۲۷	۰/۰۶۵
	خطا	۱۸	۹۷/۴۷۵	۵/۴۱۵	-	-
تاب آوری در درمان بر اساس تعهد و پذیرش	پیش آزمون	۱	۲/۵۰۸	۴/۵۲۷	۰/۰۴۳	۰/۰۲۸
	گروه	۱	۱۷/۱۷۷	۳/۶۱۱	۰/۰۰۷۴	۰/۱۶۷
	خطا	۱۸	۸۵/۶۲۹	۴/۷۵۷	-	-
اضطراب وجودی در درمان اگزیتانسالیسم	پیش آزمون	۱	۶۱۰/۱۷۳	۱۲/۵۳۷	۰/۰۰۲	۰/۴۱۱
	گروه	۱	۶۳۱/۳۱۱	۱۲/۹۷۲	۰/۰۰۲	۰/۴۱۹
	خطا	۱۸	۸۷۶/۰۳۱	۴۸/۶۶۸	-	-

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های پس آزمون در دو گروه کنترل و آزمایشی با نمره پیش آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۰/۵۲۱	۱	۱۰/۵۲۱	۴/۴۹۴	۰/۰۲۴	۰/۰۷۷
گروه	۰/۰۷۹	۱	۰/۰۷۹	۳/۷۱۱	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱
خطا	۱۲۶/۷۶۷	۱۸	۷/۰۴۳	-	-	-

جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمره متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین روند تغییر نمره متغیرهای تاب آوری، اضطراب وجودی، اضطراب مرگ، تجربه‌های اوج و سلامت روان از پیش آزمون و پس آزمون (تعامل مرحله و گروه) در دو گروه نظریه آگزیستانسیسم و درمان بر اساس تعهد و پذیرش تفاوت معنی داری داشته است ($P < ۰/۰۵$). با توجه به معنی داری اثر تعاملی به بررسی اثر ساده مرحله (صرف نظر از عامل بین گروهی) و هم‌سنجی سه بار اجرا در متغیرها پرداخته شد نتایج جدول نشان داد در سه مرحله از اندازه‌گیری بین نمره‌های متغیرهای در پیش آزمون، پس آزمون با توجه به عامل گروهی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان وجودی و اکت در افزایش تاب آوری و اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری‌های عصبی-روانی از جمله بیماری شارکو ماری توت انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد هر دو درمان در افزایش تاب آوری و کاهش اضطراب وجودی جانبازان تاثیر گذارند. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین شامل ایراندوست و همکاران (۱۳۹۳)، هیز (۲۰۱۳)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴) و وگان (۲۰۰۳) همسو و همخوان است.

در رابطه با تبیین اثربخشی درمان آگزیستانسیلیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری جانبازان مبتلا به بیماری شارکو ماری توت، می‌توان اینگونه تبیین کرد که در درمان وجودی، با آشنا کردن مراجع با هدف‌هایش در زندگی و تصمیم‌سازی خالصانه تغییرات شروع

می‌شود (مک کری و چر، ۲۰۲۱). در این نوع درمان به مراجعان کمک می‌شود خودشان را از قید و بند برهانند و در مسیر کمال پیش بروند. آنها برای انجام این کار باید با خودشان و آنچه از آن فرار می‌کنند روبه‌رو شوند. این یعنی رو به رو شدن با اضطراب و در نهایت، متناهی بودن. در رویکردهای وجودی عقیده بر این است که غالباً برای مهار اضطراب، عمیق‌ترین، ظرفیت‌های خود را انکار می‌کنیم. درست است که انتخاب ظرفیت‌های درونی آمیخته با خطر است ولی غنا و لذت زندگی در این است که مردم با امکان پذیر بودن فقدان، تراژدی و مرگ رو به رو شوند (وگان، ۲۰۰۳). با استناد به مطالعات انجام شده و نتایج به دست آمده از این مطالعه می‌توان تاب آوری را متغیری عمومی و دارای مولفه‌های عمیقی دانست که تنها در قالب پذیرش و داشتن تعهد نسبت به خود می‌تواند رشد یابد. در واقع تاب آوری نشانی از خود دوستداری داشتن حس دلسوزی نسبت به خود است. محققان با اشاره به مولفه‌های اساسی تشکیل دهنده تاب آوری به مفاهیمی مانند خوددلسوزی، اعتماد به نفس، تفاهم با خود، ترقی، معناداری لحظات و امید به آینده دست یافته اند (مورلی و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر نیز یکی از تبیین‌های تأثیرگذاری پروتکل‌های مورد نظر هدف قرار دادن این مفاهیم است. جانبازان شرکت کننده در مطالعه حاضر نیز با تکیه بر آموزش‌های دریافتی و با استناد به اصل زندگی همراه با درد، بیماری عصبی-روانی که به شدت‌های مختلف در آنها بروز یافته است را پذیرفته‌اند و نوعی درک عمیق و نسبت به خود پیدا کردند. افزون بر این نتایج این مطالعه نشان داد جانبازان به دلیل داشتن روحیه ایثار و استقامت بالا نسبت به غیرجانبازان مفاهیم درمان وجودی و پذیرش و تعهد را بهتر درک می‌کنند. به عبارت دیگر مفاهیم عمیق این دو رویکرد بر پذیرش واقعیت رنج انسان و سازگاری با طبیعت وجودی انسان مبتنی است. این نکته به عنوان یکی از تلویحات اثربخشی دو درمان مورد نظر باید لحاظ شود (نادری، ۱۳۹۷).

در رابطه با تبیین اثربخشی آموزش رویکرد درمان اگزیتانسالیسم و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب وجودی جانبازان مبتلا به بیماری‌های عصبی-روانی می‌توان اشاره کرد که اصل بنیادین وجودی این است که ما قربانی شرایط نیستیم، زیرا به مقدار زیاد همان کسی هستیم که تصمیم گرفته ایم باشیم. در این درمان با ترغیت درمان جویان به تفکر درباره زندگی، تشخیص دادن گزینه‌های پیش رو و انتخاب کردن از بین آنهاست. وقتی آنها تشخیص دهند از کنترل صرف

نظر کرده و منفعل رفتار می کرده اند، می توانند آگاهانه تر زندگی کنند. همچنین در مورد درمان رویکرد اکت می توان این تبیین را داشت که هدف ACT ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد. ACT (به معنی اقدام) مخفف جالبی است چون این درمان درباره انجام اقدام مؤثری است که به وسیله عمیق ترین ارزش های ما هدایت می شود آن هم درحالی که ما کاملاً آماده و متعهد هستیم (مورلی و همکاران، ۲۰۱۹). تنها از طریق اقدام هشیارانه است که ما می توانیم یک زندگی پرمعنا بسازیم. البته همین که برای ساختن چنان زندگی تلاش خود را آغاز کردیم با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه رو خواهیم شد (افکار، تصورات، احساسات، حس های بدنی، تکانها و خاطرات). ACT برای اداره این تجربه های درونی مهارت های مؤثر توجه آگاهی را به ما می آموزد لذا با این توصیف مداخلات ACT حول وحوش دو فرایند اصلی تمرکز دارد. با پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند و همچنین تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت آن تحولات در مراجعین آغاز می گردند. جلسات آموزش رویکرد اگزیستانسیالیسم و همچنین رویکرد اکت موجب می شود که ذهن و ذات شرکت کنندگان با هم یکی شده و چون صداقت بوجود می آید و افراد آنچه هستند را می نمایانند و دلیلی برای دروغ گفتن وجود ندارد لذا این صداقت و همخوانی و اصالت موجب بهتر شدن حال افراد شرکت کننده و تامین سلامت روان آنان می شود. افراد با مواجهه با خویشتن خویش و ذهن آگاهی و همچنین اقدام مناسب که اساس رویکرد اکت هست به بهبود تاب آوری و اضطراب و سلامت روان مراجعین منجر می شود.

این مطالعه علی رغم ارائه نتایج مفید دارای محدودیت هایی نیز بوده است که باد به دقت مورد توجه قرار گیرند. شرکت کنندگان در قسمت دموگرافیک پرسشنامه علی رغم تاکید پژوهشگر، همه قسمت ها از جمله طبقه سن و وضعیت اقتصادی را کامل نکردند و سبب محدودیت در مقایسه اعضا در ابعاد گوناگون شد. دشوار بودن گرفتن مجوزها از سازمان های وابسته نیز محدودیت دیگر این مطالعه بود. با توجه به محدودیت های ذکر شده، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، پژوهشگران به بررسی این متغیرها در گروه های دیگر بپردازند تا نقش این دو سازه در همه گروه ها مشخص تر گردد. پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه و جوامع مختلف، سازمان ها و ارگان های متفاوت که در آنها سلامت روان و تاب آوری متغیری تاثیرگذار است اجرا و نتایج مقایسه گردد.

همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی در جهت بررسی تأثیر بلند مدت این برنامه و تداوم یافته‌های این پژوهش صورت گیرد. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان اکت و درمان وجودی بر متغیرهای وابسته دیگر مورد بررسی قرار گیرد و از سایر ابزارهای گردآوری اطلاعات نیز بهره گرفته شود. در پایان، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی این برنامه، پیشنهاد می‌گردد در فراتحلیل‌های آتی، میزان اثربخشی این برنامه و برنامه‌های شناختی مشابه بر سلامت روان جانبازان مورد مقایسه قرار گیرد.



فهرست منابع

- ایران دوست، فروزان؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ و نادى، محمدعلی. (۱۳۹۳). تاثیر درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *علوم رفتاری*، دوره ۸، شماره ۱: ۸۹-۹۶.
- بشیرپور، محراب؛ سلیمی بيجستانى، حسین؛ فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۲). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد وجودی و شناختی-رفتاری بر کاهش کمروبی دانش آموزان پسر دبیرستانی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره ۲ (۵۲): ۵۱-۶۰.
- پروچاسکا، جیمز و نورکراس، جان. (۲۰۰۷). نظریه‌های روان درمانی (نظام‌های روان درمانی). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۲). چاپ پنجم، تهران: روان.
- پری زاده، هدی؛ حسن آبادی، حسین؛ مشهدی، علی و تقی زاده کرمانی، علی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی گروه درمانی وجودی و واقعیت درمانی گروهی بر حل مشکل تصویر تن زنان ماستکتومی شده. زنان، مامایی و نازایی زنان، ۱۵، ۲۲: ۲۷-۳۵.
- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، دوره ۶، شماره ۲: ۱-۵.
- پور فرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، دوره ۶، شماره ۲: ۱-۵.
- تاد، جودیت و بوهارت، آرتور سی. (۲۰۰۰). اصول روان شناسی بالینی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۹۲). چاپ پنجم، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- تاد، جودیت و بوهارت، آرتور سی. (بی تا). اصول روان شناسی بالینی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۹۲). چاپ پنجم. تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- تولایی، سید عباس؛ آزاد فلاح، پرویز؛ و اردکانی، شایسته. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. *روان شناسی بالینی*، شماره ۱۴: ۳۹-۵۰.
- Cortese, A., Wilcox, J. E., Polke, J. M., Poh, R., Skorupinska, M., Rossor, A. M., ... & Reilly, M. M. (2020). Targeted next-generation sequencing panels in the diagnosis of Charcot-Marie-Tooth disease. *Neurology*, 94(1), e51-e61.
- Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. and Pistorello, J. (2013) Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-196.
- Hoffmann, D., Halsboe, L., Eilenberg, T., Jensen, J., & Frostholm, L. (2014). A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3, 3: 189-195.
- Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7; 216-221.

- Larrea, D., Pera, M., Gonnelli, A., Quintana-Cabrera, R., Akman, H. O., Guardia-Laguarta, C., ... & Giacomello, M. (2019). MFN2 mutations in Charcot-Marie-Tooth disease alter mitochondria-associated ER membrane function but do not impair bioenergetics. *Human molecular genetics*, 28(11), 1782-1800.
- Lazaro, H. Capones, T. & Antonette, R. (2013). Relationship of resilience with happiness and mental health to students. *Journal of psychology*. Vol. 38.No. 6, pp.337-344.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, **The Journal of Pain**, 14, 11: 1398-1406.
- McCray, B. A., & Scherer, S. S. (2021). Axonal Charcot-Marie-Tooth Disease: from common pathogenic mechanisms to emerging treatment opportunities. *Neurotherapeutics*, 1-17.
- Morelli, K. H., Griffin, L. B., Pyne, N. K., Wallace, L. M., Fowler, A. M., Opreescu, S. N., ... & Burgess, R. W. (2019). Allele-specific RNA interference prevents neuropathy in Charcot-Marie-Tooth disease type 2D mouse models. *The Journal of clinical investigation*, 129(12), 5568-5583.
- Pipis, M., Rossor, A. M., Laura, M., & Reilly, M. M. (2019). Next-generation sequencing in Charcot-Marie-Tooth disease: opportunities and challenges. *Nature Reviews Neurology*, 15(11), 644-656.
- Rossor, A. M., Shy, M. E., & Reilly, M. M. (2020). Are we prepared for clinical trials in Charcot-Marie-Tooth disease? *Brain research*, 1729, 146625.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, 33, 8; 965-978.
- Wayet, H. & Richardson, E. (2012). The Meta theory of resilience and resilience. *journal of Academic*, Vol. 58 (3), 307-321.
- Wegan, A.D. (2002). Validation of the united states version of the world Spiritual intelligence. *Journal of clinical Epidemiology*, 53,1-12.
- Williams, S. M., & Williams, W. H. (2005). *My Family, Past, Present and Future: A personal exploration of marriage and the family*. Pearson Custom Publishing.
- Yadavaia, J. E., Hayes, S. C., Vilardaga, R. (2014). Using acceptance and commitment therapy to increase self-compassion: A randomized controlled trial. **Journal of Contextual Behavioral Science**, 3, 4; 248-257.
- Yalom, I. D. (2001). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists*. New York: Harper Collins.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی