

Received: 2021/11/15

Accepted: 2022/6/13

How to cite:

Ashoori M, Kachooei M, Vahidi E. The mediating role of experimental avoidance in the relationship between self-compassion and psychological well-being in people with multiple sclerosis. *EBNESINA* 2022;24(4):67-78.  
DOI: 10.22034/24.4.67

## Original Article

# The mediating role of experimental avoidance in the relationship between self-compassion and psychological well-being in people with multiple sclerosis

Mitra Ashoori<sup>1</sup>, Mohsen Kachooei<sup>2✉</sup>, Elahe Vahidi<sup>3</sup>

## Abstract

**Background and aims:** Various psychological factors often threaten the psychological well-being of people with multiple sclerosis, and it is important to study the psychosocial status of these patients. Accordingly, the aim of this study was to investigate the mediating role of experimental avoidance in the relationship between self-compassion and psychological well-being in patients with MS.

**Methods:** This was a descriptive-correlation study. The sample size included 220 people with MS living in Tehran in 2020 who were selected by available sampling method. To collect data, Short-form Ryff Psychological Well-Being (PWBS), Self-Compassion Scale (SCS) and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) were used. Finally, data were analyzed by the Pearson correlation and structural equation model.

**Results:** The self-compassion had a significant positive correlation with psychological well-being ( $r=0.66$ ,  $p<0.01$ ) and a significant negative correlation with experimental avoidance ( $r=-0.72$ ,  $p<0.01$ ). Also, experimental avoidance had a significant negative correlation with psychological well-being ( $r=-0.65$ ,  $p<0.01$ ). The results of the indirect effect showed that self-compassion can significantly predict psychological well-being through the mediation of experimental avoidance ( $\beta=0.35$ ;  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** According to the research findings, it can be acknowledged that experiential avoidance and self-compassion have an important role and influence on the psychological well-being of people with MS. Based on this, it can be concluded that by increasing psychological flexibility (reducing experimental avoidance), psychological well-being can be improved to some extent.

**Keywords:** Multiple Sclerosis, Mental Health, Self-Compassion, Experiential avoidance

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 24, No. 4, Serial 81 Winter 2023)

1. MSc student in clinical psychology, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Assistant professor, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran

3. PhD student in educational psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

✉ Corresponding Author:

Mohsen Kachooei

Address: Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran

Tel: +98 (21) 44238171

E-mail: kachooei.m@gmail.com



Copyright© 2023. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajums.ac.ir>

# نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه بین خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به ام‌اس

میترا عاشوری<sup>۱</sup>، محسن کجویی<sup>۲</sup>، الهه وحیدی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** عوامل روانشناختی مختلفی اغلب بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس را تهدید می‌کنند و بررسی وضعیت روانی-اجتماعی این بیماران امر مهمی است. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی اجتناب تجربی در رابطه بین شفقت نسبت به خود و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس بود.

**روش بررسی:** روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. حجم نمونه شامل ۲۲۰ نفر از افراد مبتلا به ام‌اس ساکن شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف فرم کوتاه (PWBS)، مقیاس شفقت نسبت به خود (SCS) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) استفاده شد. در نهایت داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** شفقت به خود همبستگی مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ( $p < 0/01$ ,  $r = 0/66$ ) و همبستگی منفی معناداری با اجتناب تجربی ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/72$ ) و نیز اجتناب تجربی همبستگی منفی معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ( $p < 0/01$ ,  $r = -0/65$ ) دارد و همچنین نتیجه بررسی اثر غیرمستقیم نشان داد که شفقت به خود می‌تواند با واسطه‌گری اجتناب تجربی، بهزیستی روانی را به‌طور معناداری پیش‌بینی کند ( $\beta = 0/35$ ;  $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های پژوهش می‌توان ادعا نمود که اجتناب تجربی و شفقت نسبت به خود نقش مهم و تأثیرگذاری بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به ام‌اس دارند و بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی (کاهش اجتناب تجربی) می‌توان تا حدودی سبب بهبود بهزیستی روانشناختی در این بیماران شد.

**کلمات کلیدی:** مالتیپل اسکلروزیس، بهزیستی روانشناختی، خودشفقتی، اجتناب تجربی

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا (سال بیست و چهارم، شماره چهارم، زمستان ۱۴۰۱، مسلسل ۸۱)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۳

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۲۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران غرب دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، تهران، ایران
۲. استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: محسن کجویی

آدرس: تهران، دانشگاه علم و فرهنگ، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۴۴۲۳۸۱۷۱ (۲۱) ۰۹۸+

ایمیل: kachooei.m@gmail.com

## مقدمه

مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> (ام اس) یک بیماری مزمن دستگاه عصبی با علت ناشناخته و غیرقابل پیش‌بینی است. شیوع بیماری ام اس در آمریکای شمالی و اروپای غربی بیشتر از ۱۰۰ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر است و در ایران به طور تقریبی ۳۰-۱۵ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر است. این بیماری معمولاً بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می‌دهد و به طور میانگین سه چهارم بیماران را زنان تشکیل می‌دهد [۳-۱]. بیماری ام اس عموماً شامل دوره‌های تشدید و بهبودی است و علایم آن بسته به اندازه و محل آسیب سیستم اعصاب مرکزی متفاوت است و علایم ایجاد شده اغلب می‌تواند ناتوان‌کننده باشد و به درجات مختلف می‌تواند بر شناخت، بینایی، کنترل مثانه و روده، عملکرد جنسی و همچنین بر سلامت روان فرد تأثیر بگذارد [۲، ۳]. همان‌طور که افراد عود بیماری را تجربه می‌کنند و با ناتوانی بیشتری روبرو می‌شوند مشکلات مربوط به فعالیت‌های زندگی افزایش می‌یابد و ایجاد مشکلاتی مانند درد مزمن، نگرانی در مورد آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض درمان، کاهش عملکرد، نقص تصویر ذهنی و مشکلات جنسی می‌تواند سلامت روانی این بیماران را مختل کند که سبب کاهش استقلال عملکردی و بهزیستی روانشناختی افراد می‌شود [۴، ۵]. عوامل متعددی در ارتباط با بیماری ام اس وجود دارد که می‌تواند به طور قابل توجهی در کاهش بهزیستی روانشناختی<sup>۲</sup> این بیماران نقش داشته باشد.

به‌طور کلی می‌توان بهزیستی روانشناختی را به عنوان یک حالت ذهنی که دارای احساسات غالباً مثبت است تعریف کرد و در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بهزیستی روانشناختی مفهومی است که به تأثیر ذهنی یک بیماری به عملکرد روانی و اجتماعی افراد مربوط می‌شود [۶، ۷]. مطالعات قبلی نشان داده است که افراد مبتلا به ام اس در مقایسه با جمعیت عمومی سطح بالاتری از افسردگی، اضطراب و سطوح پایین‌تری از

کیفیت زندگی، رضایت از زندگی را گزارش می‌دهند [۶، ۸، ۹]. طبق یافته‌های استروبر<sup>۳</sup> و همکاران با توجه به مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به ام اس دارای تفاوت‌های معناداری در زمینه‌های پذیرش خود، روابط شخصی و هدف در زندگی و تا حدودی رشد شخصی هستند [۹]. همچنین نشان داده شد با توجه ماهیت غیر قابل پیش‌بینی این بیماری و عودهای مکرر، این بیماران بسیار مستعد اختلال‌های افسردگی و اضطراب هستند [۱۰]. تحقیقات نشان داده است یکی از عوامل روانشناختی در شرایطی که افراد با ناتوانی‌های ناشی از بیماری ام اس روبه‌رو می‌شوند که سبب کنار آمدن افراد با عوارض ناشی از این بیماری می‌شود خودشفقتی است و می‌تواند منبع مهمی از مقاومت و انعطاف‌پذیری در اختیار افراد قرار دهد [۳، ۵، ۱۱].

طبق تعریف نف<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) خودشفقتی<sup>۵</sup> شامل مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در مواجهه با مشکلات یا نارسایی‌های درک شده است و همچنین به عنوان توانایی ایجاد ارتباطات صادقانه و همدلانه با رنج دیگران و احساس تمایل به تسکین درد آنها تعریف می‌شود، همچنین خودشفقتی احساس تعلق، ایمنی و خودکارآمدی را در بیماران افزایش می‌دهد و یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان و بهزیستی روانشناختی است و تا حد زیادی این رابطه از طریق روش‌های پیمایشی مورد بررسی قرار گرفته است [۴، ۱۲، ۱۳]. خودشفقتی دارای سه مؤلفه اصلی است که شامل مهربانی با خود در برابر قضاوت درباره خود، اشتراکات انسانی یعنی تشخیص این امر که رنج، درد و مشکلات در میان انسان‌ها مشترک است در برابر انزوا و همچنین ذهن‌آگاهی یعنی آگاه بودن از تجربیات درونی که به طور بالقوه ناخوشایند هستند مانند افکار مزاحم، احساسات منفی و ناراحت‌کننده به جای همانندسازی افراطی یا شناسایی بیش از حد و آمیختن با این تجربیات [۱۶-۱۴]. در پژوهشی نشان

3. Strober  
4. Neff KD  
5. Self-Compassion

1. multiple sclerosis  
2. Psychological Well-Being

داده شد شفقت به خود به ارتباط با احساسات منفی و توسعه راهبردهایی برای رفع مشکلات، پذیرش مسئولیت رویدادهای منفی و تقویت گفتگوی درونی با مهربانی و درک نقایص شخصی که باعث رنج می‌شود، کمک می‌کند و همچنین این توانایی برای دلسوزی نسبت به خود می‌تواند منبع مهمی از مقاومت و انعطاف‌پذیری باشد [۳]. مطالعات نشان می‌دهد خودشفقتی به عنوان یکی از عوامل محافظتی در برابر استرس و علایم افسردگی تعریف شده است [۵، ۱۱، ۱۲]. پژوهش‌ها نشان داده است که دارا بودن شفقت نسبت به خود و کاهش اجتناب تجربی دارای پیامدهای مرتبط با رفاه و مداخلات ترویجی سلامت روان است [۶، ۱۵]. بر اساس یافته‌ها می‌توان پیش‌بینی کرد که بهزیستی روان‌شناختی و خودشفقتی با یکدیگر در ارتباط هستند، اما نکته مهم شناسایی متغیرهایی است که احتمالاً بین این دو متغیر نقش واسطه‌ای ایفا کرده و چگونگی ارتباط این دو متغیر را توضیح می‌دهند. به نظر می‌رسد یکی از این عوامل احتمالی اجتناب تجربی<sup>۱</sup> است.

اجتناب تجربی به عنوان تمایل فرد برای اجتناب از تجربیات ناخوشایند (یعنی افکار، هیجان‌ها و احساسات) درونی تعریف می‌شود، در حالی که در دراز مدت می‌تواند منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوبی در فرد شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: ۱) بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی؛ و ۲) تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردد [۱۶، ۱۷]. اجتناب تجربی به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی که زیر بنای طیف وسیعی از مشکلات مربوط به سلامت است شناخته می‌شود به طوری که مطالعات نشان داده است اجتناب تجربی نقش مهمی در بروز علایم افسردگی در افراد دچار بیماری‌های مزمن دارد [۱۸]. مطالعات پیشین گزارش داده‌اند که اجتناب تجربی می‌تواند واسطه‌ای بین شفقت نسبت به خود و پیامدهای روانی ناشی از بیماری باشد و یک ارتباط منفی قوی بین

خودشفقتی و اجتناب تجربی گزارش شده است [۱۹]. در مطالعه‌ای نشان داده شد آموزش خودشفقتی در بیماران مبتلا به درد مزمن سبب کاهش اجتناب در این گروه شده است و در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که افرادی که دارای درجات بالایی از خودشفقتی هستند سلامت روان‌شناختی بیشتری دارند زیرا در آنها درد گریزناپذیر و احساس شکستی که همه افراد تجربه می‌کنند با سرزنش بیرحمانه خود، احساس انزوا و همانندسازی فزاینده با افکار و هیجانات استمرار نمی‌یابد؛ بلکه با مهربانی و فهم به آنها نزدیک می‌شوند و هیجان‌های منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند [۲۰]. اهمیت توجه به ابعاد روان‌شناختی این بیماران و روابط بین متغیرهای ذکر شده در مطالعات قبل تأیید شده است و در این رابطه در بیماران مبتلا به ویتیلیگو به بررسی ارتباط بین خودشفقتی و کیفیت زندگی با متغیر اجتناب تجربه‌ای پرداخته شده است [۲۱]. در ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر می‌توان اذعان نمود که تاکنون به بررسی رابطه متغیرهای پژوهش حاضر در افراد مبتلا به ام‌اس پرداخته نشده است و به نظر می‌رسد که این عوامل روان‌شناختی سهم بسزایی در کاهش دوره معیوب سیر بیماری و نیز مشکلات روانی این بیماران داشته باشند، بنابراین حفظ بهداشت روان در این بیماران اهمیت زیادی دارد و بر این اساس توجه به این متغیرهای روان‌شناختی می‌تواند در رفع مشکلات روانی کمک‌کننده باشد. لذا با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای سازه اجتناب تجربی در رابطه خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس انجام شد.

### روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری، افراد مبتلا به بیماری ام‌اس در شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از آنجایی که به‌زعم بسیاری از پژوهشگران، حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های چند متغیری از ۱۰۰ نفر تا ۵۰۰ نفر پیشنهاد شده است و با توجه به پژوهش‌های قبلی انجام شده

اجتناب تجربی به عنوان تمایل فرد برای اجتناب از تجربیات ناخوشایند (یعنی افکار، هیجان‌ها و احساسات) درونی تعریف می‌شود، در حالی که در دراز مدت می‌تواند منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوبی در فرد شود. این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: ۱) بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی؛ و ۲) تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردد [۱۶، ۱۷]. اجتناب تجربی به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی که زیر بنای طیف وسیعی از مشکلات مربوط به سلامت است شناخته می‌شود به طوری که مطالعات نشان داده است اجتناب تجربی نقش مهمی در بروز علایم افسردگی در افراد دچار بیماری‌های مزمن دارد [۱۸]. مطالعات پیشین گزارش داده‌اند که اجتناب تجربی می‌تواند واسطه‌ای بین شفقت نسبت به خود و پیامدهای روانی ناشی از بیماری باشد و یک ارتباط منفی قوی بین

1. Experiential avoidance

محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود) است و بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. ریف ضریب همسانی درونی زیر مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش خانجانی و همکاران نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برآزش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد [۲۳].

### مقیاس شفقت نسبت به خود (SCS):<sup>۳</sup> این مقیاس

توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شد که متشکل از ۲۶ گویه است و به صورت لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۲۶ تا ۱۳۰ قرار دارند. این مقیاس ۶ مؤلفه دارد که عبارتند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه)، مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، هوشمندی یا ذهن آگاهی (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). میانگین نمرات شش مؤلفه با هم جمع شده و یک نمره کلی شفقت به خود حاصل می‌شود. خرده مقیاس‌های منفی یعنی قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی برعکس نمره‌گذاری می‌شود و این مقیاس‌ها کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. در تحقیق نف تحلیل عاملی تأییدی روی این مقیاس انجام شد و یک عامل

در این حوزه و بر اساس فرمول  $5q < n < 15q$ ، به ازای هر متغیر (خرده مقیاس) ۱۵ نمونه در نظر گرفته شد و حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد شد و در نهایت با در نظر گرفتن احتمال افت نمونه‌ها، ۲۲۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های مغز و اعصاب مناطق ۵ تا ۱۴ و با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به عنوان نمونه در نظر گرفته شد که بعد از حذف داده‌های پرت، ۲۰۰ پرسشنامه وارد تحلیل آماری شد. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن و تشخیص قطعی بیماری ام‌اس توسط متخصص مربوطه و همچنین داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج عبارت بودند از ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی و یا ابتلا به بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج دیگر و نیز عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش. جهت اجرای پژوهش به کلینیک‌های تخصصی شهر تهران مراجعه شد. ضمن توضیح هدف پژوهش و ارائه معرفی نامه، مجوز اجرای پژوهش از کلینیک‌های مربوطه اخذ شد. شرکت‌کنندگان پژوهش در محیطی آرام به سؤالات پاسخ دادند.

### ابزار پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل موارد ذیل بودند:

#### پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: شرکت‌کنندگان

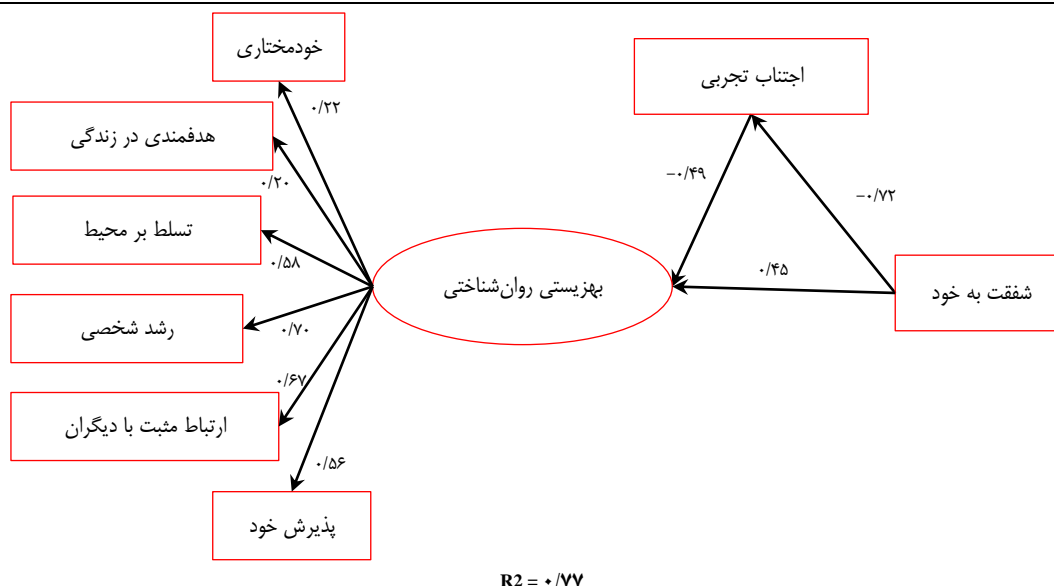
در این پرسشنامه به متغیرهای جمعیت شناختی (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل) و سؤالات مربوط به ملاک‌های ورود و خروج، پاسخ دادند.

#### مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف فرم کوتاه

(PWBS)<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط ریف<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است [۲۲]. این پرسشنامه ۱۸ سؤال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان شناختی از شش بُعد مختلف (استقلال، تسلط بر

1. Psychological Well-Being Scale  
2. Ryff CD

3. Self-Compassion Scale (SCS)



شکل ۱- الگوی میانجی‌گری اجتناب تجربی در رابطه شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس

سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی و روایی افتراقی آن مناسب گزارش شد. نمرات بالاتر در این پرسشنامه با علایم افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و آشفتگی روان‌شناختی همبسته است [۲۶]. در ایران نیز، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد. روایی همگرایی آن نیز با افسردگی، اضطراب، سلامت روان و مشکل در تنظیم هیجان به دست آمد. همچنین روایی افتراقی نشان داد این پرسشنامه در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد [۲۷].

### ملاحظات اخلاقی

پس از کسب کد اخلاق، برای جمع‌آوری اطلاعات هماهنگی‌های لازم جهت اجرا در مراکز مورد نظر صورت گرفت. در هنگام نمونه‌گیری، پس از توضیح اهداف پژوهش برای افراد، تأکید بر رازداری و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، به افرادی که مایل به همکاری بودند، بیان شد که نیازی به نوشتن مشخصات هویتی آنها وجود ندارد. در نهایت به شرکت‌کنندگان خاطر نشان شد که هر زمان که خواستند، می‌توانند انصراف خود را از ادامه پژوهش اعلام کنند. پس از کسب رضایت آگاهانه پرسشنامه‌ها در اختیار افرادی که تمایل به حضور در پژوهش داشتند، قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا با دقت سؤالات را خوانده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

منفرد سطح بالا یافت شد که همبستگی درونی این شش مؤلفه را تبیین می‌کند. مطالعات گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار همزمان، همگرا و تمیزی خوبی برخوردار است و دارای پایایی آزمون-بازآزمون عالی است. نف ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲٪ گزارش کرده است [۱۴]. در نسخه فارسی مقیاس، روایی همگرا و واگرا از طریق اجرای مقیاس حرمت خود و پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب یک محاسبه شد و نتایج معنادار بود. اعتبار بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۰ روز ۰/۸۹ گزارش شد [۲۴]. ضریب آلفای کرونباخ کل در ایران، ۰/۷۳ به دست آمد و همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی سازی، ذهن آگاهی و بزرگنمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۶۶، ۰/۶۳، ۰/۷۰، ۰/۶۴ و ۰/۷۳ به دست آمد [۲۵].

### پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II):<sup>۱</sup> این پرسشنامه

۱۰ ماده‌ای سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۴ و اعتبار بازآزمایی آن به فاصله ۱۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. همچنین روایی

1. Acceptance and Action Questionnaire – II

## تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

ابتدا، همبستگی میان متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شدند. سپس، برای بررسی نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی در رابطه شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی، الگوهای نظری ارائه شده در شکل ۱ با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری با روش تخمین بیشینه درست‌نمایی آزمون شد. جهت بررسی برازندگی الگو از آزمون کای اسکوار و نسبت کای اسکوار بر درجه آزادی استفاده شد. عدم معناداری آماری آزمون کای اسکوار و همچنین مقدار کوچکتر از ۳ برای  $\chi^2/df$  برازندگی الگو را نشان می‌دهند [۲۹، ۲۸]. از آنجا که کای اسکوار به اندازه نمونه حساس است، جهت بررسی برازندگی الگوها از شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی (GFI)، شاخص برازندگی تعدیل یافته (AGFI) و ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) نیز استفاده شد. مقادیر بزرگتر از ۰/۹۵ برای شاخص‌های CFI، GFI و AGFI نشان‌دهنده برازندگی بسیار مطلوب الگو هستند؛ برای شاخص RMSEA مقدار کوچکتر از ۰/۰۵ بسیار مطلوب و مقادیر بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ مطلوب هستند همچنین جهت بررسی معناداری مسیر غیرمستقیم، از رویه بوت استرپ استفاده گردید. این رویه قدرتمندترین و دقیق‌ترین روش برای آزمون اثرات واسطه‌ای است [۳۰].

## یافته‌ها

نمونه مورد بررسی، از ۱۷۳ نفر زن (۸۶/۱٪) و ۲۷ نفر مرد (۱۳/۹٪) تشکیل می‌شد. میانگین سنی افراد  $34/03 \pm 7/78$  سال بود (دامنه سنی: ۲۰ الی ۵۹ سال). شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای شفقت به خود، بهزیستی روان‌شناختی و اجتناب تجربی و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، شفقت به خود همبستگی مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ( $r=0/66$ ،  $p<0/01$ ) و همبستگی منفی معناداری با اجتناب تجربی ( $r=-0/72$ ،  $p<0/01$ ) و نیز اجتناب تجربی همبستگی منفی معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ( $r=-0/65$ ،  $p<0/01$ ) نشان می‌دهد.

برای آزمون الگوی ارائه‌شده در شکل ۱، از روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در اولین مرحله، شاخص‌های برازش الگو مطلوب به دست نیامدند. بررسی اصلاحات پیشنهادی نرم‌افزار نشان داد که ایجاد ارتباط بین خطای متغیرهای رشد شخصی و هدفمندی در زندگی می‌تواند کای اسکوار را ۳۰ واحد کاهش دهد. پس از این اصلاح، شاخص‌های برازش الگو بسیار مطلوب به دست آمدند. شاخص‌های برازش الگو، پیش و پس از اصلاح در جدول ۲ آمده‌اند.

نتیجه بررسی اثر غیرمستقیم با استفاده از رویه بوت استرپ که در جدول ۳ ارائه شده است، نشان داد که شفقت به خود می‌تواند با واسطه‌گری اجتناب تجربی، بهزیستی روانی را به‌طور

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	میانگین (انحراف معیار)
۱- شفقت به خود	۱									۸۱/۵۳±۱۹/۸۶
۲- اجتناب تجربی	-۰/۷۳**	۱								۳۵/۸۲±۱۱/۳۲
۳- خودمختاری	۰/۲۹**	-۰/۱۷*	۱							۱۱/۴۱±۲/۴۴
۴- هدفمندی در زندگی	۰/۱۱	-۰/۱۴*	۰/۰۵	۱						۱۱/۱۶±۲/۸۶
۵- تسلط بر محیط	۰/۴۹**	-۰/۵۲**	۰/۰۴	۰/۱۷*	۱					۱۱/۴۹±۳/۰۷
۶- رشد شخصی	۰/۵۳**	-۰/۵۶**	۰/۰۹	۰/۴۴**	۰/۴۰**	۱				۱۳/۹۹±۳/۳۳
۷- ارتباط مثبت با دیگران	۰/۴۳*	-۰/۴۱**	۰/۰۲	۰/۱۶*	۰/۳۳**	۰/۴۶**	۱			۱۳/۶۱±۳/۳۶
۸- پذیرش خود	۰/۵۶**	-۰/۵۵**	۰/۱۵*	۰/۱۵*	۰/۳۰**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	۱		۱۲/۵۳±۳/۰۵
۹- بهزیستی روان‌شناختی-نمره کل	۰/۶۶**	۰/۶۵**	۰/۲۵**	۰/۵۲**	۰/۶۳**	۰/۸۰**	۰/۶۹**	۰/۶۹**	۱	۷۴/۲۱±۱۱/۳۰

آزمون همبستگی پیرسون: \*  $p<0/05$  و \*\*  $p<0/01$

جدول ۲- شاخص‌های برازندگی رابطه شفقت به خود با بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی

	RMSEA	AGFI	GFI	CFI	$\chi^2/df$	P	df	$\chi^2$
پیش از اصلاح	۰/۱۱	۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۹۱	۳/۵۱	۰/۰۱ >	۱۹	۶۶/۷۱
پس از اصلاح	۰/۰۶	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۹۷	۱/۸۵	۰/۰۲ >	۱۸	۳۳/۲۳
سطح قابل قبول								

جدول ۳- نتیجه آزمون بوت‌استرپ برای اثر غیر مستقیم الگوی رابطه شفقت به خود با بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی

مسیر مفروض	اثر غیرمستقیم سطح معناداری
شفقت به خود ← اجتناب تجربی ← بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۵
	۰/۰۰۱

گرفته می‌شود و همچنین بر اساس دیدگاه تنظیم هیجانی به نظر می‌رسد اجتناب تجربی طبیعت سفت و سخت و انعطاف‌ناپذیر برخی از راهبردهایی است که از نقص عملکرد ناشی می‌شود [۳۴]. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام‌اس در تلاش برای مدیریت احساسات ناخوشایند، افکار و احساسات بدنی در معرض چالش‌های شدید قرار می‌گیرند. این بیماران ممکن است از رویدادهای ناخواسته هراس داشته باشند و سعی کنند از این رویدادها اجتناب کنند و زندگی خود را صرف راهی برای خلاص شدن از این رویدادها کنند که این امر باعث تسکین کوتاه مدت اما با الگوی انعطاف‌ناپذیر می‌شود و در همین راستا در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است که درمان متمرکز بر شفقت با پرورش مهارت‌های خودشفقتی به بیماران کمک می‌کند زمانی که متوجه چیزی ناخوشایند در خود می‌شوند خود را مورد قضاوت، سرزنش و انتقاد قرار ندهند. این مطلب نشان می‌دهد که خودشفقتی اثرات محافظتی چشمگیری را از طریق مقابله با افکار و احساسات خود تخریب‌گرانه و ایجاد اشتراکات انسانی در بیماران ایجاد می‌کند [۳۴، ۳۵].

نتایج وجود رابطه معنادار منفی را بین اجتناب تجربی و بهزیستی روان‌شناختی نشان داد. در این رابطه در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است که اجتناب تجربی باعث می‌شود فرد از راهبردهای منفی مانند انکار، گسستگی رفتاری، تخریب خود و سرزنش خود بیشتر استفاده کند و این موارد با ایجاد تداخل در توانایی دنبال کردن اهداف ارزشمند زندگی بر سلامت روانی تأثیر منفی می‌گذارد [۳۶]. همچنین اجتناب تجربی با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین در ارتباط است و دارا بودن درجات بالای اجتناب تجربی علایم افسردگی و اضطراب را پیش‌بینی می‌کند و تأثیر منفی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دارد. در همین راستا در پژوهشی نشان داده

معناداری پیش‌بینی کند. اثر غیرمستقیم و اثر کل شفقت به خود بر بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۳۵ و ۰/۸۱ و به لحاظ آماری معنادار بود ( $p < ۰/۰۱$ ). در الگوی نهایی ۵۲٪ از واریانس اجتناب تجربی و ۷۷٪ از واریانس بهزیستی روان‌شناختی توسط متغیرهای پیش‌بین موجود در الگو تبیین شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بدون در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی، بین خودشفقتی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنادار مثبت وجود دارد که این نتایج همسو با پژوهش‌های دیگر است [۴، ۶، ۱۳، ۳۱]. طبق این پژوهش‌ها شفقت نسبت به خود با طیف گسترده‌ای از نتایج مطلوب مرتبط است و همچنین خودشفقتی ارتباط نیرومندی با شش بُعد بهزیستی روان‌شناختی نشان داده است و در واقع خودشفقتی شکل سالم خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که دارا بودن درجات بالایی از خودشفقتی می‌تواند سبب بهبود عملکرد روانی از طریق افزایش احساس تعلق، ایمنی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به ام‌اس شود و همچنین به بیماران کمک می‌کند که از تجارب منفی زندگی دوری کنند [۴، ۳۲، ۳۳]. در نتایج رابطه منفی معنادار بین خودشفقتی و اجتناب تجربی نشان داده شد که در راستای این نتایج پژوهش‌های پیشین یک همبستگی کامل مثبت بین علایم افسردگی، اضطراب و استرس با دارا بودن اجتناب تجربی بیشتر و خودشفقتی کمتر را نشان دادند [۳۴، ۳۵]. طبق نتایج مطالعات می‌توان برای ارائه یک مدل نظری شواهدی ارائه داد و این مدل نشان می‌دهد تلاش برای کنترل رویدادهای ناخواسته به عنوان وسیله‌ای برای بهبود عملکرد زندگی در نظر



شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و کاهش اجتناب تجربی همراه بوده است و در نتیجه به افراد دریافت‌کننده این درمان کمک کرد به جای فرار از احساسات و افکار ناخوشایند، برخورد و ارتباط مؤثرتری با مسائل داشته باشند [۳۷، ۳۸].

در رابطه با نقش واسطه‌ای، نتیجه تجزیه و تحلیل نشان داد که دارا بودن درجات پایین اجتناب تجربی با درجات بالای بهزیستی روانشناختی و خودشفقتی همراه است بدین صورت که خودشفقتی به صورت غیرمستقیم با میانجی‌گری اجتناب تجربی بر بهزیستی روانشناختی افراد مبتلا به ام‌اس مؤثر است که این نتایج همراستا با پژوهش‌های پیشین است [۳، ۱۶، ۱۷، ۳۹]. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسیاری از آسیب‌های روانشناختی دربرگیرنده اشکال مختلفی از اجتناب تجربی هستند و به نظر می‌رسد تجربه کردن احساسات عامل مهمی در افزایش احساسات مثبت نسبت به خود است که به نوبه خود در پذیرش بیماری نقش مهمی را ایفا می‌کند و افرادی که پذیرش کمتری به هیجانات منفی درونی دارند، هنگام تجربه کردن این هیجانات خود را به دلیل داشتن تجارب منفی درونی سرزنش می‌کنند که این امر منجر به تلاش‌های مکرر برای حذف افکار، هیجانات و حس‌های بدنی معین و ایجاد هیجانات منفی نسبت به این رویدادهای درونی می‌شود [۱۸، ۴۰]. این وضعیت می‌تواند روی برانگیختگی فیزیولوژیکی فرد هم اثر بگذارد و احتمالاً آن را افزایش دهد در این راستا تحقیقات نشان داده است که سرزنش خویش میزان خودشفقتی را کاهش می‌دهد و نپذیرفتن تجارب هیجانی منفی از طریق کاهش خوددوستداری میزان افسردگی و اضطراب را افزایش می‌دهد و براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش‌ها افراد با سطوح بالای اجتناب تجربی می‌توانند از مداخلات اولیه‌ای که اجتناب تجربی را به عنوان یک عامل خطر گسترده هدف قرار می‌دهد مانند درمان‌هایی که پذیرش و تعهد را افزایش می‌دهند مانند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بهره‌مند شوند [۱۸، ۲۰]. همچنین نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند که اجتناب

تجربی باعث ایجاد مانعی در شکل‌گیری ویژگی‌های مثبت نظیر ادراک معقول از خود، صبر و بردباری، تعادل هیجانی در طول تجارب دشوار و امیدواری در زندگی می‌شود که این امر منجر به شکل‌گیری درجات پایین‌تر خودشفقتی و انعطاف‌پذیری و در نهایت بهزیستی روانشناختی کمتر در افراد می‌شود [۱۶، ۱۸، ۳۶]. همچنین نشان داده شده است که بهزیستی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با سطح کنترل و اجتنابی که نسبت به تجربیات درونی ارائه می‌کنند رابطه معکوس دارد [۴۱]. در همین راستا پذیرش تجربیات روزانه ممکن است در برابر پیامدهای بالقوه نامطلوب سلامت روان مؤثر واقع شود، این فرض اساسی برخی مداخلات روانشناختی مهم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است همچنین مداخلات روان‌درمانی که پذیرش نسبت به بیماری را افزایش می‌دهند ممکن است اثرات منفی بالقوه حاصل از اجتناب تجربی را در بیماران کاهش دهد [۳، ۳۷، ۳۹].

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت. از جمله این که این پژوهش تنها در بین بیماران ساکن تهران اجرا شده است. بنابراین در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط کرد و همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه‌ای در سایر مناطق انجام شود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، ماهیت مقطعی آن است که امکان تفسیر علی را میسر نمی‌سازد. افزون بر این، جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر به روش خودگزارشی بوده است. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران، سایر عوامل مؤثر و میانجی را بررسی کنند و با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود علاوه بر درمان‌های دارویی، به عوامل روانشناختی برای کاهش اثرات مضر این بیماری توجه شود. از آنجایی که متغیر شفقت به خود و اجتناب تجربی بیانگر دو رویکرد درمانی یعنی درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به مقایسه تأثیر این دو رویکرد درمانی بر بهبود و ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به ام‌اس پرداخته شود.

به تأیید رسید. بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده‌پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

### منابع مالی

در این مطالعه از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر مفهوم اجتناب تجربی را به عنوان یک سازه مهم در این حوزه رویارویی افراد با مشکلات یا موقعیت‌های ناخوشایند مطرح می‌کند و با تعیین نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی افق‌های جدیدی را در مورد عوامل تعیین‌کننده بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ام‌اس فراهم می‌سازد و بر این اساس سازه اجتناب تجربی می‌تواند به عنوان یک عامل اثرگذار در مواجهه مؤثر و سازنده با این بیماری در نظر گرفته شود. از آنجایی که تجربه احساسات و هیجانات مثبت به عنوان یک جزء مهم از سلامت روان است، بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که با افزایش عواطف مثبت و توانایی بیماران برای مقابله با رویدادهای ناخواسته و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی افراد مبتلا به ام‌اس به سازگاری بهتر این افراد با بیماری کمک کرد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق پژوهشگاه رویان-جهاد دانشگاهی با کد IR.ACECR.ROYAN.REC.1398.231

### References

- Adibi M, Taher M, Nahayati M. The comparison of cognitive fusion, self-compassion and flourishing in patients with multiple sclerosis and normal individuals. *Journal of health and care*. 2021;23(1):55-65. [Persian] doi:10.52547/jhc.23.1.55
- Gedik Z, Idiman E. Health-related quality of life in multiple sclerosis: links to mental health, self-esteem, and self-compassion. *Dusunen Adam: Journal of psychiatry & neurological sciences*. 2020;33(1):59-70. doi:10.14744/DAJPNS.2019.00061
- Giménez-Llort L, Martín-González JJ, Maurel S. Secondary impacts of COVID-19 pandemic in fatigue, self-compassion, physical and mental health of people with multiple sclerosis and caregivers: the teruel study. *Brain sciences*. 2021;11(9):1-18. doi:10.3390/brainsci11091233
- Hassani SF, Tizdast T, Zarbakhsh MR. The role of self-compassion and hope in the relationship between psychological wellbeing, maladaptive schemas, resilience, and social support in women with multiple sclerosis. *Journal of client-centered nursing care*. 2021;7(3):195-204. doi:10.32598/JCCNC.7.3.372.1
- Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with multiple sclerosis. *Disability and health journal*. 2018;11(2):256-261. doi:10.1016/j.dhjo.2017.10.010
- Timkova V, Mikula P, Fedicova M, Szilasiova J, Nagyova I. Psychological well-being in people with multiple sclerosis and its association with illness perception and self-esteem. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2021;54:103114. doi:10.1016/j.msard.2021.103114
- Kachooei M, Ashori M. The relationship between social loneliness and psychological well-being in patients with multiple sclerosis: the moderating role of self-compassion. *International journal of behavioral sciences*. 2021;15(2):133-137. doi:10.30491/IJBS.2021.260900.1431
- Crescentini C, Matiz A, Cimenti M, Pascoli E, Eleopra R, Fabbro F. Effect of mindfulness meditation on personality and psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *International journal of MS care*. 2018;20(3):101-108. doi:10.7224/1537-2073.2016-093
- Strober L. Quality of life and psychological well-being in the early stages of multiple sclerosis (MS): importance of adopting a biopsychosocial model. *Disability and health journal*. 2018;11(4):555-561. doi:10.1016/j.dhjo.2018.05.003
- Hanna M, Strober LB. Anxiety and depression in multiple sclerosis (MS): antecedents, consequences, and differential impact on well-being and quality of life. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2020;44:102261. doi:10.1016/j.msard.2020.102261

11. Mahmoodi H. Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. *Quarterly journal of health psychology*. 2018;7(25):21-34. [Persian] doi:10.1001.1.23221283.1397.7.25.2.9
12. Hsieh CC, Yu CJ, Chen HJ, Chen YW, Chang NT, Hsiao FH. Dispositional mindfulness, self-compassion, and compassion from others as moderators between stress and depression in caregivers of patients with lung cancer. *Psycho-oncology*. 2019;28(7):1498-1505. doi:10.1002/pon.5106
13. López A, Sanderman R, Ranchor AV, Schroevers MJ. Compassion for others and self-compassion: Levels, correlates, and relationship with psychological well-being. *Mindfulness*. 2018;9(1):325-331. doi:10.1007/s12671-017-0777-z
14. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-250. doi:10.1080/15298860309027
15. Yela JR, Crego A, Gómez-Martínez MÁ, Jiménez L. Self-compassion, meaning in life, and experiential avoidance explain the relationship between meditation and positive mental health outcomes. *Journal of clinical psychology*. 2020;76(9):1631-1652. doi:10.1002/jclp.22932
16. Athari Z, Barzegar Bafrooi K, Zare M. Investigating the role of self-compassion on academic procrastination by mediating role of experiential avoidance in students of Yazd university. *Research in school and virtual learning*. 2020;8(1):35-44. [Persian]
17. Ghasemi K, Elahi T. The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: the mediating role of experiential avoidance. *Journal of research in psychological health*. 2019;13(3):47-55. [Persian]
18. Farr J, Ononaiye M, Irons C. Early shaming experiences and psychological distress: the role of experiential avoidance and self-compassion. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*. 2021;94(4):952-972. doi:10.1111/papt.12353
19. Marshall E-J, Brockman RN. The relationships between psychological flexibility, self-compassion, and emotional well-being. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2016;30(1):60-72. doi:10.1891/0889-8391.30.1.60
20. Farokhi S, Rezaei F, Gholamrezaei S. The effectiveness of self-compassion cognitive training on experiential avoidance & cognitive fusion in patients with chronic pain. *Positive psychology research*. 2018;3(4):29-40. [Persian] doi:10.22108/PPLS.2018.111042.1420
21. Kharatzadeh H, Mohammadi A, Jaffary F, Hoseini SM. The relationship of self-compassion and experiential avoidance with quality of life in patients with vitiligo. *Journal of dermatology and cosmetic*. 2018;9(2):83-92. [Persian]
22. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1069-1081. doi:10.1037/0022-3514.57.6.1069
23. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and behavior in clinical psychology*. 2014;9(32):27-36. [Persian]
24. Momeni F, Shahidi S, Mootabi F, Heydari M. Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS). *Contemporary psychology*. 2014;2(16):27-40. [Persian]
25. Kachooei M, Hasani J, Moradi A, Fathi-Ashtiani A. Comparison of dispositional mindfulness and self-compassion among women with normal and high body-mass-index. *Community health* 2018;5(2):103-112. [Persian] doi:10.22037/ch.v5i2.19315
26. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011;42(4):676-688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
27. Abasi E, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. *Psychological methods and models*. 2012;3(10):65-80. [Persian]
28. Kline RB. Assumptions in structural equation modeling. In: Hoyle RH, ed. *Handbook of structural equation modeling* The Guilford Press; 2012:111-125.
29. Tabachnick B, G., Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 6th ed: Pearson; 2012.
30. Cheung GW, Lau RS. Testing mediation and suppression effects of latent variables: bootstrapping with structural equation models. *Organizational research methods*. 2008;11(2):296-325. doi:10.1177/1094428107300343
31. Voci A, Veneziani CA, Fuochi G. Relating mindfulness, heartfulness, and psychological well-being: the role of self-compassion and gratitude. *Mindfulness*. 2019;10(2):339-351. doi:10.1007/s12671-018-0978-0
32. Homan KJ. Self-compassion and psychological well-being in older adults. *Journal of adult development*. 2016;23(2):111-119. doi:10.1007/s10804-016-9227-8
33. Varae P, Momeni K, Moradi A. The Prediction of psychological well-being based on religiosity and self-compassion in the elderly. *Aging psychology*. 2017;3(1):45-54. [Persian]
34. Costa J, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of applied social psychology*. 2013;43(8):1578-1591. doi:10.1111/jasp.12107
35. Parnian Khooy M, Kehtary L, Gharadaghi A, Eidi M. The effectiveness of compassion-focused therapy on experiential avoidance and cognitive fusion of cancer patients with depressive symptoms. *Quarterly journal of health psychology* 2021;9(4):105-118. [Persian] doi:10.30473/hpj.2021.54682.4914
36. Machell KA, Goodman FR, Kashdan TB. Experiential avoidance and well-being: a daily diary analysis. *Cognition and emotion*. 2015;29(2):351-359. doi:10.1080/02699931.2014.911143
37. Moslem Khani M, Ebrahimi ME, Sahebi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on happiness and hope of hamedanian multiple sclerosis patients. *Pajouhan scientific journal*. 2019;17(2):15-23. [Persian] doi:10.21859/psj.17.2.15
38. Han J, Zhang L, Zhang Y, Tang R. The mediating effect of positive illness cognitions on experiential avoidance and quality of life in breast cancer patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2021;8(4):427-432. doi:10.4103/apjon.apjon-20102

39. Ugwu DI, Onyedibe MCC, Chukwuorji JC. Anxiety sensitivity and psychological distress among hypertensive patients: the mediating role of experiential avoidance. *Psychology, health & medicine*. 2021;26(6):701-710. doi:10.1080/13548506.2020.1764599
40. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME. Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior modification*. 2010;34(6):503-519. doi:10.1177/0145445510378379
41. Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Inflammatory bowel disease: the harmful mechanism of experiential avoidance for patients' quality of life. *Journal of health psychology*. 2016;21(12):2882-2892. doi:10.1177/1359105315587142