

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز

پردیس میر معینی^۱، محمدحسین بیاضی^{۲*}، جواد خلعتبری^۳
۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، مشهد، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، مشهد، ایران
۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران

یافته / دوره ۲۲ / شماره ۴ / زمستان ۹۹ / مسلسل ۸۶

چکیده

دریافت مقاله: ۹۹/۴/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۹/۸/۱۹

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز انجام شد. مواد و روش‌ها: در یک طرح نیمه آزمایشی، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل، تعداد ۴۵ بیمار با تشخیص مولتیپل اسکروز از میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه ام اس در استان تهران در سال ۱۳۹۸ به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی: گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان متمرکز بر شفقت و یک گروه کنترل جایگزین شدند. هر سه گروه پرسش‌نامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) را در دو مرحله قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. گروه‌های آزمایشی به ترتیب گروه اول، در هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم، در ده جلسه درمان متمرکز بر شفقت شرکت کردند و گروه آزمایشی هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در انتهای جلسات پس‌آزمون اجرا شد. به منظور آزمون فرضیه پژوهش نتایج حاصل با تحلیل واریانس چند متغیره (MANCOVA) و با SPSS 21 بررسی شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز اثربخش است و با ۹۵٪ اطمینان می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخش‌تر است. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان از این مداخله‌ها در کنار درمان دارویی برای بیماران مولتیپل اسکروز به‌عنوان روش‌های درمانی مفید و مکمل استفاده نمود. واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکروز، احساس تنهایی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه درمانی، درمان متمرکز بر شفقت.

*آدرس مکاتبه: مشهد، تربت‌جام، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی سلامت..

پست الکترونیک: Bayazi123@gmail.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروز (ام اس) فراگیرترین بیماری میلین زدای سیستم ایمنی است که سیستم عصبی مرکزی را درگیر می‌کند. این بیماری در بزرگسالان جوان اغلب با شروع حاد یا نیمه‌حاد علائم عصبی ناشی از یک رویداد التهابی در سیستم عصبی مرکزی بروز می‌یابد (۱). این بیماری از جمله بیماری‌های مزمن پیش‌رونده‌ای به شمار می‌آید که بر سیستم عصبی مرکزی (۲) و در نتیجه عملکرد حسی و حرکتی (۳) فرد تأثیرگذار است. دلایل این بیماری به‌طور دقیق مشخص نیست اما فعال شدن مکانیسم‌های ایمنی علیه خود بدن و ایجاد التهاب را می‌توان از عوامل ابتلا به بیماری دانست (۲).

در حال حاضر تقریباً ۵۰۰ هزار مورد مبتلا به این بیماری در آمریکا وجود دارد و سالانه ۱۰۰۰۰ مورد جدید نیز به آن افزوده می‌شود. در ایران از هر ۱۰۰ هزار نفر، تعداد ۵۰ نفر به ام اس مبتلا دارند و میانگین سنی آغاز ابتلا به بیماری نیز اغلب بین ۲۰-۴۰ سالگی است؛ بازه جوان و مؤثری از جامعه که اهمیت بسیار بالای شناسایی راهکارهای مناسب مربوط به بهزیستی جمعیت مبتلا را نشان می‌دهد (۴).

نکته مهم در این راهکارها، امکان کنترل مداوم نشانه‌های بیماری در افراد مبتلا و پیگیری درمان است. بیماری‌های مزمن را می‌توان مهار کرد اما قابل درمان نیستند و پیامدهایی از جمله مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی را به دنبال دارند (۵).

در میان بیماری‌های مزمن، مولتیپل اسکلروز بیماری مزمنی است که جنبه‌های مختلف زندگی فرد و خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به‌طور مستقیم در کیفیت زندگی مبتلایان اختلال ایجاد می‌کند. تأثیرگذارترین عوامل که اغلب مورد غفلت واقع می‌شوند در حوزه روان‌شناختی رخ می‌دهند (۴). عوامل و متغیرهایی چون: خلق، مقابله،

خودکارآمدی، تاب‌آوری و حمایت ادراک‌شده که همگی نسبت به متغیرهای زیستی مانند ضعف یا میزان آسیب‌های مشخص‌شده در مقطع‌نگاری رزونانس مغناطیسی نقش بیشتری در کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروزیس دارند. پس یکی از اصلی‌ترین نکات قابل توجه در مطالعات، بررسی مداخلات روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان این بیماران و اکتفا نمودن به آسیب‌ها و ناتوانی‌های جسمی آنها است (۳). در اکثر منابع علمی به علائم و نشانه‌های عصب‌شناختی بیماری ام اس پرداخته شده است. در حالی که به نظر می‌رسد استرس و احساس تنهایی ناشی از افسردگی را می‌توان شایع‌ترین آسیب‌های روانی این بیماری دانست و آنها را بررسی نمود (۴).

در مقایسه با جمعیت سالم و حتی نسبت به سایر بیماری‌های مزمن، مشکلات روانی ناشی از ام اس گستردگی بیشتری دارد (۶). ادبیات تحقیق تجربی نرخ بالایی از افسردگی، احساس درماندگی، تنهایی و مشکلات مربوط به روابط و نقش اجتماعی را در بین مبتلایان نشان داده است (۵). افسردگی علاوه بر این‌که به‌گونه‌ای مستقیم احساس تنهایی را تقویت می‌کند، قادر است به شکلی غیرمستقیم و با تأثیر قراردادان رضایت از زندگی نیز بر شدت احساس تنهایی بیفزاید. این موضوع در میانگین بالای نمره افسردگی مردان و زنان مبتلا به ام اس نسبت به مردان و زنان بدون ام اس به‌وضوح قابل‌مشاهده است (۷). این مشکل روان‌شناختی (افسردگی) در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت عادی شیوع بالاتری دارد؛ به‌طوری‌که بیش از نیمی از مبتلایان دچار افسردگی خفیف یا شدید هستند، ۲۰ درصد جمعیت کل مبتلایان هم اکثر اوقات افسرده‌اند و سطوح مختلفی از آن را تجربه می‌کنند. پس بین افسردگی و بیماری ام اس

رابطه‌های تنگاتنگ برقرار است؛ رابطه‌ای که منجر به تشدید هرکدام از سوی دیگری می‌شود (۶).

احساس تنهایی یکی از سازه‌های پیچیده روان‌شناختی است که از زمان فلاسفه مورد بحث بوده است. در آن دوران، احساس تنهایی مفهومی مثبت به معنای کناره‌گیری داوطلبانه فرد از درگیری‌های روزمره زندگی تلقی می‌شد که اهداف والایی چون تعمق، مراقبه و ارتباط با خداوند داشت. اما در روان‌شناسی امروز، احساس تنهایی را حالتی مثبت در نظر نمی‌گیرند. بلکه آن را حالتی می‌دانند که فرد را از نظر ادراکی و عینی دچار فقدان روابط با دیگران می‌نماید و اعتقاد بر این است که این حالت اجزا و تبعات آزاردهنده‌ای مانند احساس فقدان، ازدست‌دادن همدم، جنبه‌های ناخوشایند روابط ازدست‌رفته و ازدست‌دادن سطح کیفی رابطه با دیگری دارد (۶).

مقوله تنهایی برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن بُعد و ریشه تازه‌ای در زندگی دارد؛ مؤلفه‌ای ناشناس و ناشی از تجربه بیماری مزمن و ناتوانی حاصل از آن. مبتلایان به مولتیپل اسکروز به دلیل تغییرات شبکه‌های اجتماعی که در روند بیماری مزمن رخ می‌دهد، در معرض خطر تنهایی قرار می‌گیرند (۸). که لازم است به عنوان یکی از آسیب‌های روان‌شناختی بیماری برای درمان آن اقدام شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) حاصل از موج سوم روان‌درمانی است و توسط استیون هیز و همکاران در دانشگاه نوادا تعریف شده است. این روش نمونه‌ای از درمان‌های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روان‌شناسی به شمار می‌آید و اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی به اثبات رسیده است (۹).

اصول زیربنایی این روش عبارت هستند از: (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد و رویدادهای آشفته‌کننده دیگر

بدون اقدام به مهار آنها (۲) اقدام مبتنی بر ارزش یا تعهد به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی، پیش از حذف تجارب ناخواسته. از این رو است که ACT با تمرکز بر شرایط موجود و مسیرهای پیش رو، عاملی مؤثر بر پذیرش و رشد شخصی در شرایط بحران به شمار می‌آید. چرا که با توجه به شرایط پیش آمده برای فرد، پذیرش به تدریج شکل می‌گیرد؛ به اندازه‌ای آرام و تدریجی است تا فرد در نهایت خود را شخص مناسب از لحاظ اجتماعی، جنسی و شغلی احساس نماید (۱۰).

پژوهش‌های متنوع صورت گرفته روی بیماران ام اس نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی (۳) علائم روان‌شناختی (۶) کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی (۱۱)، کاهش شدت درد (۱۲)، بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن (۱۳)، وضعیت سلامتی، شدت فرسودگی، تأثیرات درد، سلامت روانی، ادراک موضوع (۱۴)، افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت‌مندی از زندگی (۱۵)، کاهش افسردگی (۱۶) و ارتقای کیفیت زندگی (۱۷) اثربخش است اما در عوض، بر زمینه‌های حمایتی و رضایت جنسی فاقد اثرگذاری است (۱۷).

درمان متمرکز بر شفقت (CFT) به افراد می‌آموزد که احساسات دردناک خود را کنار نزنند، از آنها اجتناب نکنند و آنها را بپذیرند. افراد طی این درمان قادر خواهند بود که در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۸). این درمان توسط پائول گیلبرت و در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که: «بسیاری از مردم، به‌ویژه افرادی که شرم و خود انتقادی بالایی دارند، طی از سر گذراندن درمان‌های سنتی به سختی توانسته‌اند من مهربان و خود حمایت‌گری در درون خود ایجاد نمایند.»

CFT بر چهار حوزه: تجارب پیشین و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و

مواد و روش‌ها

ماهیت هدف پژوهش کاربردی است و روش انجام آن به عنوان پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مبتلایان به مولتیپل اسکروز تحت درمان توسط پزشکان مرکز درمانی بیماران مولتیپل-اسکلروز شهر تهران در ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۸ بودند.

به منظور برقراری رابطه علی معلولی در این پژوهش، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در گروه‌های گواه و مداخله جای‌گذاری گردیدند و با اجرای متغیر مستقل - گروه درمانی مبتنی بر شفقت و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد - مشاهده و اندازه‌گیری شدند نمونه‌گیری در پژوهش حاضر به روش هدفمند بود به این صورت که پرسش‌نامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) به ۱۶۶ نفر از بیماران جامعه آماری پژوهش ارائه شد. از بین آنها ۹۲ نفر که بالاترین نمرات را در احساس تنهایی کسب کرده بودند شناسایی شدند، سپس ۴۵ نفر به کمک جدول اعداد تصادفی انتخاب و با قرعه‌کشی در ۳ گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش اول درمان متمرکز بر شفقت به خود ۱۵ نفر، گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

پس از آموزش هر گروه، پرسش‌نامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S) دوباره در اختیار گروه‌ها قرار گرفت تا میزان تغییر در احساس تنهایی گروه‌های پژوهش سنجش گردد.

پرسش‌نامه احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی بزرگسالان (SELSA-S): این مقیاس به وسیله دیتوماسو و همکاران در سال ۲۰۰۴ بر اساس تقسیم‌بندی ویس طراحی گردید. این مقیاس از سه زیر مقیاس تشکیل شده است که هر کدام گویه‌های خاص خود را دارند. مجموع این گویه‌ها ۱۵ عدد است، در هر زیر مقیاس ۵ عدد به این شرح: احساس تنهایی رمانتیک: ۵ گویه

نتایج پیش‌بینی نشده متمرکز است (۱۹). از سوی دیگر شفقت به این نکته اذعان دارد که همه دردها را نمی‌توان حل یا درمان کرد اما تمام رنج‌ها را می‌توان با آغوشی از شفقت تسکین بخشید. در واقع با ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، امکان رویارویی با مشکلات و رنج‌های زندگی حاصل می‌شود و با شفقت، توانایی برخوردی مؤثر با آنها به دست می‌آید (۲۰). شفقت، شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد نسبت به درد و رنج‌های خود است (۲۱) نف مشخص کرد که شفقت، آگاهی و بازشناسی این موضوع است که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است (۲۲).

درباره میزان اثربخش بودن درمان مبتنی بر شفقت، پژوهش‌های زیادی انجام گرفته و از جنبه‌های گوناگون به تأثیر آن بر متغیرهای متنوعی چون افزایش سلامت روان (۲۳)، تاب‌آوری (۲۴)، نگرش‌های ناکارآمد و خودانتقادی (۲۵) پرداخته شده است. در نتیجه این پژوهش‌ها، اثربخشی این روش درمان به اثبات رسیده است اما در خصوص تأثیری که بر احساس تنهایی دارد، پژوهشی یافت نشد.

جمعیت غالب مبتلایان را افراد جوان - طیف سنی بالقوه مؤثر جامعه - تشکیل می‌دهند و همان طور که توضیح داده شد، افسردگی و احساس تنهایی ناشی از آن شایع‌ترین آسیب روانی در این طیف سنی به شمار می‌آید بنابراین ارائه راهکارهای مناسب برای مقابله با این بیماری گامی مؤثر در مسیر ارتقای سلامت و بهداشت روان این بیماران است. از این رو، در پژوهش حاضر، پژوهشگران به دنبال پاسخگویی به این دو پرسش اصلی بودند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت چه تأثیری بر احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز دارد؟ (جنبه‌های مختلف تنهایی مانند عاطفی، خانوادگی و اجتماعی) و آیا این دو شیوه مداخله به نتایج متفاوتی - از نظر اثربخشی - منجر می‌شوند؟

طبق منشور و موازین اخلاقی این پژوهش که توسط کمیته اخلاق پژوهش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در سال ۱۳۹۰ تدوین گردید، پژوهشگر با شرکت در کارگاه‌های تخصصی آموزشی مخصوص درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با روش مورد استفاده در پژوهش آشنایی کامل پیدا کرد و به صلاحیت تخصصی لازم برای انجام پژوهش دست یافت. هم‌چنین پژوهشگر متعهد بود تا ضمن صداقت، بی‌طرفی و امانت‌داری به جستجوی حقیقت پایبند باشد و ضمن مشورت و نقدپذیری با در نظر گرفتن عامل زمان (زمان‌بندی) گزارشی دقیق از روند و نتایج پژوهش تهیه نماید.

ملاک‌های ورود برای آزمودنی‌ها: ۱- ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز ۲- رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۳- دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال ۴- سطح سواد بالاتر از سیکل ۵- فقدان اعتیاد به مواد مخدر ۶- مصرف نکردن هر گونه داروی آرام‌بخش که روی متغیرهای مورد مطالعه اثر بگذارد (آنتی‌دپرسانت، ضد اضطراب و آرام‌بخش‌ها)

ملاک‌های خروج: ۱- مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان ۲- غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی ۳- روان‌پریشی ۴- اختلال‌های شخصیت ۵- مشکلات شدید خانوادگی ۶- انصراف آزمودنی.

احساس تنهایی خانوادگی: ۵ گویه احساس تنهایی اجتماعی: ۵ گویه. مؤلفان این مقیاس ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که از همسانی درونی مناسب مقیاس حکایت دارد.

جلسات درمانی متمرکز بر شفقت به خود بر اساس مفاهیم گیلبرت طراحی شده‌اند (۲۶) و در پژوهش حاضر توسط پژوهشگر دارای مدرک دوره درمان متمرکز بر شفقت ارائه شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر دارای مدرک دوره آموزش پذیرش و تعهد با استفاده از شیوه‌نامه درمانی اجرا گردید که روایی محتوایی آن توسط متخصصان روان‌شناسی تأیید شده است (۲۷).

در این پژوهش، به شیوه اصولی پژوهش‌ها، به مفاد اخلاقی در دو بخش اجرایی و نگارشی عمل شد. در بخش اجرایی الزام به رعایت حریم خصوصی، محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده و محدودیت استفاده از این اطلاعات (تنها در راستای هدف پژوهش) تأکید شد. مبانی اخلاقی کار نیز شامل این موارد بود: احترام به کرامت، حقوق، حریم خصوصی، اسرار و آزادی آزمودنی‌ها، توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن درمان متمرکز بر شفقت بر خود و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پاسخ به سؤالات و در اختیار قراردادن نتایج به آزمودنی‌ها (در صورت تمایل ایشان).

جدول ۱. شرح جلسات درمان‌های گروهی ACT و CFT

محتوای جلسات درمانی گروه ACT	محتوای جلسات درمانی گروه CFT
جلسه اول برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و بستن قرارداد درمانی	جلسه اول برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی
جلسه دوم کشف و بررسی روش‌های درمانی و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و درمان متمرکز بر شفقت به خود، ارزیابی و بررسی میزان احساس تنهایی و خود انتقادی شرکت‌کننده‌ها، عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی مبتنی بر شفقت به خود بود. در انتهای جلسه تکلیف خانگی به آنها داده شد؛ از آنها خواسته شد در خانه به ثبت خود انتقادی‌ها و چالش‌های روزانه خود بپردازند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده در این جلسه شناسایی و آگاهی از احساس تنهایی و خود انتقادی بود.
جلسه سوم کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	هدف شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت به خود، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت به خود و مروری بر خود شفقتی اعضا بود. در انتهای جلسه درمانی از اعضا خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود را در فعالیت‌های روزانه خود به‌عنوان تکلیف خانگی ثبت کنند. رفتار موردنظر از آنها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.

جلسه چهارم	توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	هدف مرور تکلیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک این که دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به‌سلامتی خود بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا مؤلفه‌های شفقت به خود در فعالیت‌های روزانه خود را ثبت کنند رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های شفقت به خود بود.
جلسه پنجم	معرفی الگوی رفتاری سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار یا احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل‌مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	هدف تمرین جلسه قبل، ترغیب اعضا به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد دارای شفقت به خود با فاقد شفقت به خود، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌آمیز (آرزش خود شفقی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به‌خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا اشتباهات روزانه خود را ثبت و عوامل مرتبط با آن را شناسایی کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش شفقت به خود بود.
جلسه ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	در این جلسه هدف مرور و تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه (بخشیدن، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفلوانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو، تحمل شرایط سخت و چالش‌برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن با چالش‌های مختلف بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌برانگیز روزانه خود را ثبت کنند. رفتار موردنظر اعضا در این جلسه بهبود و توسعه شفقت به خود بود.
جلسه هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر، توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، عملی، مقنعی و پیوسته) و به‌کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، خانواده و دوستان و آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا شفقت را در فعالیت‌های روزانه خود به کار گیرند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.
جلسه هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان خود بنویسند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه بهبود احساس و ارزشمندی شفقت به خود بود.
جلسه نهم		در این جلسه هدف آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به اعضا تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در نهایت جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره بود. در انتهای جلسه درمانی تکلیف خانگی به اعضا داده شد؛ از آنها خواسته شد تا خود شفقتی در چالش‌های روزانه را ثبت و یادداشت کنند. رفتار موردنظر از شرکت‌کننده‌ها در این جلسه پرورش و رشد شفقت به خود بود.
جلسه دهم		در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد. سپس از آنها در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد.

یافته‌ها

نمره کل و خرده مقیاس‌ها نیز در گروه کنترل

نمایش داده شده است. با توجه به کاهش نمرات خرده مقیاس‌ها و نمره کل در گروه‌های آزمایش در بخش آمار استنباطی به مطالعه و مقایسه درمان‌ها پرداخته شد.

بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای وابسته به کمک آزمون کولموگروف اسمیرنوف (K-S) در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در مقیاس‌های احساس تنهایی خانوادگی، احساس تنهایی اجتماعی و احساس تنهایی رمانتیک طبق جدول ۴ بیانگر نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته می‌باشد.

در تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی توسط آزمون کای

دو تفاوت آماری معناداری بین متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال آزمودنی‌ها چنان که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، گزارش نشد ($p > 0/05$). میانگین احساس تنهایی خانوادگی، احساس تنهایی اجتماعی، احساس تنهایی رمانتیک و احساس تنهایی کلی دو گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش که شامل متمرکز بر شفقت به خود و مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد، در جدول ۳ نمایش داده شده است. میانگین نمرات آزمودنی‌ها در سطح

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

ویژگی	شاخص	گروه			
		درمان پذیرش و تعهد		درمان متمرکز بر شفقت	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۲	۴/۴	۳	۶/۷
	زن	۱۳	۲۸/۹	۱۲	۲۶/۷
سن	۲۰ تا ۲۵ سال	۴	۸/۹	۰	۰
	۲۶ تا ۳۰ سال	۴	۸/۹	۵	۱۱/۱
	۳۱ تا ۳۵ سال	۳	۶/۷	۴	۸/۹
	۳۶ تا ۴۰ سال	۴	۸/۹	۶	۱۳/۳
میزان تحصیلات	دیپلم	۰	۰	۲	۴/۴
	فوق‌دیپلم	۱	۲/۲	۱	۲/۲
	لیسانس	۱۲	۲۶/۷	۱۲	۲۶/۷
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۲	۴/۴	۰	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۹	۲۰/۰	۸	۱۷/۸
	متاهل	۶	۱۳/۳	۶	۱۳/۳
	مطلقه	۰	۰	۱	۲/۲
وضعیت اشتغال	بیکار	۳	۶/۷	۴	۸/۹
	خانه‌دار	۲	۴/۴	۴	۸/۹
	دانشجو	۵	۱۱/۱	۰	۰
	شاغل	۵	۱۱/۱	۷	۱۵/۶

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس تنهایی کلی	ACT	۳۸/۸۳	۵/۱۸	۲۰/۱۶	۵/۱۴
	CFT	۳۴/۱۳	۲/۱۹	۲۳/۳۰	۵/۱۳
	کنترل	۳۲/۱۵	۲/۸۷	۲۹/۷۱	۵/۲۳
احساس تنهایی خانوادگی	ACT	۱۰/۱۴	۲/۱۵	۶/۱۶	۳/۱۶
	CFT	۱۲/۱۲	۳/۱۵	۸/۰۲	۳/۱۴
	کنترل	۱۲/۱۶	۳/۱۲	۱۱/۱۹	۲/۱۸
احساس تنهایی اجتماعی	ACT	۱۱/۱۱	۶/۱۷	۶/۰۳	۲/۱۲
	CFT	۱۱/۷۱	۳/۱۸	۸/۱۵	۶/۱۸
	کنترل	۱۱/۵۲	۳/۸۱	۱۰/۲۰	۲/۹۴
احساس تنهایی رمانتیک	ACT	۱۲/۶۸	۵/۴۳	۸/۱۴	۵/۱۴
	CFT	۱۱/۳۰	۰/۱۲	۷/۱۳	۵/۱۳
	کنترل	۸/۹۱	۳/۴۳	۸/۴۲	۵/۱۶

جدول ۴. آزمون نرمال بودن (کولمگروف - اسمیرنوف) متغیرها

متغیرها	سطح	Sig	فرض برابری واریانس‌ها
تنهایی رمانتیک	پیش‌آزمون	۰/۸۴	تأیید می‌شود
	پس‌آزمون	۰/۶۷	تأیید می‌شود
تنهایی خانوادگی	پیش‌آزمون	۰/۵۲	تأیید می‌شود
	پس‌آزمون	۰/۶۳	تأیید می‌شود
تنهایی اجتماعی	پیش‌آزمون	۰/۰۸	تأیید می‌شود
	پس‌آزمون	۰/۶۱	تأیید می‌شود
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	۰/۴۹	تأیید می‌شود
	پس‌آزمون	۰/۵۸	تأیید می‌شود

جدول ۵. بررسی همگنی ماتریس کوواریانس خرده مقیاس‌های

احساس تنهایی

Sig	F	M BOX
۰/۲۸	۲/۳۱	۱۰۶/۳۹

جدول ۶. خلاصه آزمون‌های چند متغیری خرده مقیاس‌های

احساس تنهایی

سطح معناداری	F	شاخص آماری
<۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۸	اثر پیلی
<۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۸	لامبدای ویلکز
<۰/۰۰۰۱	۱۲/۶۸	هاتلینگ T

با توجه به جدول ۵ و از آنجا که میزان $F=۲/۳۱$

می‌باشد، می‌توان گفت در سطح آماری ۰/۰۵ مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته ناپرابند؛ لذا در سطح خرده مقیاس‌های بین دو گروه درمانی تفاوت وجود دارد.

نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۷ نشان می‌دهند با توجه به تحلیل واریانس تک متغیره و میزان $F=۲۴/۷۹$ برای خرده مقیاس احساس تنهایی رمانتیک که در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار می‌باشد می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی رمانتیک بیماران تأثیر معناداری داشت.

میزان آماره $F=۲۱/۵۷$ برای خرده مقیاس احساس تنهایی خانوادگی که در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد نشان می‌دهد

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش احساس تنهایی خانوادگی بیماران تأثیر معنادار بیشتری داشت.

در عین حال همان گونه که مشاهده می‌شود، پس از واریانس چند متغیره میزان $F=۴۲/۲۵$ در خرده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی که در سطح آماری ۰/۰۵ معنادار می‌باشد می‌توان گفت، دلایل کافی برای رد فرض صفر و پذیرش فرض خلاف در این زمینه نیز وجود دارد.

همان گونه که مشاهده می‌شود، پس از تحلیل واریانس میزان $F=۵/۹۰$ می‌باشد که در سطح آماری $p<۰/۰۵$ معنادار است و بدین ترتیب فرض صفر رد شده فرض خلاف پذیرفته می‌شود. می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی مبتلایان به مولتیپل اسکروز تأثیر معناداری دارد.

با توجه به میانگین نمرات مشاهده شده و از آنجایی که بین دو گروه با ۹۵ درصد اطمینان تفاوت وجود دارد، می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراتب اثربخشی بیشتری روی احساس تنهایی بیماران در مقایسه با درمان متمرکز بر شفقت دارد.

جدول ۷. نتایج مقایسه بین گروهی پس‌آزمون احساس تنهایی خانوادگی، اجتماعی و رمانتیک در گروه‌های کنترل و آزمایش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
تنهایی رمانتیک	۹۴/۴۴	۱	۹۴/۴۴	۲۴/۷۹	<۰/۰۰۱
تنهایی خانوادگی	۵۵/۲۶	۱	۵۵/۲۶	۲۱/۵۷	<۰/۰۰۱
تنهایی اجتماعی	۲۱۹/۶۳	۱	۲۱۹/۶۳	۲۵/۴۲	<۰/۰۰۱

جدول ۸. تحلیل واریانس مقایسه درمان متمرکز بر شفقت به خود با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی مبتلایان به مولتیپل اسکروز

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	۳۷۵/۴۹	۱	۳۷۵/۴۹	۵/۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
خطا	۱۴۳/۶۱	۲۸	۶۳/۶۴	-	-	-
کل	۱۹۵/۴۵	۳۰	-	-	-	-

و به بررسی اثر هرکدام از این دو روش بر احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروز در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که به‌کارگیری این

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت شکل گرفت

دو شیوه درمانی و آموزشی، میزان احساس تنهایی در بیماران مولتیپل اسکروز را به طور معنی‌داری کاهش داد. به عبارت دیگر، اجرای مداخله مؤثر بود.

درمان متمرکز بر شفقت در کاهش احساس تنهایی مؤثر است و این یافته با پژوهش‌های سلیمی، قطور و زمانیان نجف‌آبادی و همکاران همخوانی دارد (۲۳-۲۵). در ارتباط با تبیین چگونگی تأثیر مثبت آموزش شفقت به خود و در نتیجه کاهش احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز تحقیقات نشان می‌دهند که بین فرایندهای خودارزیابی و درک ارتباط اجتماعی رابطه وجود دارد (۲۶).

پژوهش حاضر نیز بر مبنای این فرضیه انجام شد که بین سازه‌های خودشفقت‌ورزی و تنهایی همبستگی منفی وجود دارد و با آموزش شفقت به خود این نتایج حاصل می‌شوند: گسترش مهربانی، درک بهتر از خود و پرهیز از گرایش افراطی به انتقاد و یا قضاوت ناگوار نسبت به خود یا نسبت به موقعیتی که فرد در آن قرار دارد.

دلیل اصلی چنین پیامدهای مثبتی را می‌توان چنین بیان نمود که آموزش یاد شده با ایجاد حس شفقت به خود و پذیرش مشکلات موجود در زندگی، باعث افزایش صمیمیت بین افراد بیمار و خانواده آنها می‌شود. هم‌چنین بروز مهارت خودتنظیمی و کارآمدی بیشتری از سوی بیماران را به دنبال دارد و در نهایت موجب می‌گردد تا بیماران با حفظ تعادل روان‌شناختی خود گرایش بیشتری به برخورد مناسب با خانواده از خود نشان دهند. افزایش احساس صمیمیت در بین خانواده و حمایت خانواده از بیمارها باعث افزایش عزت‌نفس در آنها شده، زمینه دستیابی به زندگی هدفمندانه را فراهم می‌نماید (۲۷). در نهایت می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که ذهنیت خودشفقت‌ورز می‌تواند احساس تنهایی اجتماعی را کاهش دهد (۲۶).

در پژوهش حاضر نشان داده شد که احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش پیدا می‌کند که این یافته با پژوهش‌های شیدای اقدم، جهانگیری، منتظری، پارسا، قدم پور، ثناگو و محرز و همکاران همخوانی دارد (۱۶-۱۱).

برای تبیین نتایج حاصل از درمان پذیرش و تعهد، ذکر این نکته ضروری است که این درمان با بهره‌گیری از تمرین‌های تعهد رفتاری، تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها، اهداف و لزوم تصریح ارزش‌ها، عامل مفیدی در جهت کاهش احساس تنهایی بود. در حقیقت هدف این درمان افزایش داری‌های رفتاری فرد در مقابله با رویدادهای نگران‌کننده (مثلاً افکار اضطرابی) است، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود (۲۸).

می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تکنیک‌های مؤثر در دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، باعث بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مولتیپل اسکروز می‌گردد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رهنمود بیماران به پذیرش رنج و تعهد به جای اجتناب از افکار منفی و آگاهی نسبت به افکار خود و در نتیجه انتخاب بهتر سبب کاهش احساس تنهایی در گروه آزمایش می‌شود.

در پژوهش لیری و همکاران چنین نتیجه‌گیری شد که مداخله ACT با تغییر در انعطاف‌پذیری روانی و توجه و آگاهی به زمان حال، علائم اضطراب و فشارهای روانی را کاهش می‌دهد (۲۹). در طی درمان پذیرش و تعهد، مبتلایان با تصریح ارزش‌ها و اهداف متوجه شدند که به جای پرداختن به چیزهایی که امکان تغییر دارند (عمل در راستای ارزش‌ها) به چیزهایی پرداخته‌اند که قابل تغییر نیستند (افکار، احساسات، خاطرات و غیره). در فاصله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز آموختند که به جای پرداختن به افکار ناامیدکننده در مسیر ارزش‌ها و اهداف خود

حرکت کنند و با برنامه‌ریزی و هدف‌گذاری در راستای ساختن زندگی غنی، کامل و معنادار قدم بردارند.

نتایج این پژوهش و پژوهش دیگری مرتبط با اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی (۳۰) نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران را به پذیرش رنج و ایجاد تعهد هدایت می‌کند و به‌جای درگیر شدن با افکار منفی، با افزایش خودآگاهی افراد نسبت به افکار خود به انتخاب‌های بهتر و در نهایت کاهش احساس تنهایی هدایت می‌کند. این مداخله را هم‌چنین می‌توان برای افزایش معنا در زندگی و کاهش احساس تنهایی به کار گرفت (۳۱).

در مقایسه بین اثربخشی دو درمان بر احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز نتیجه آماری با یافته‌های نجاری و جوان‌بخت همخوانی دارد (۳۳،۳۲) اما در مقایسه با پژوهش ابراهیم فر و همکاران دارای تفاوت‌هایی است (۳۴). در پژوهش ابراهیم فر مقایسه میانگین‌ها نشانگر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بعد سلامت روانی در گروه آزمایش اول و اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر شفقت در بعد سلامت جسمانی در گروه آزمایشی دوم در مقایسه با گروه کنترل است ($p < 0/01$). در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی توانایی انتخابی عمل‌گرا از بین گزینه‌های مختلف (عمل مؤثر)، نه آن که یک انتخاب تنها به دلیل اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز صورت پذیرد و یا به فرد تحمیل گردد (۳۵).

در واقع انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی تماس (ارتباط) با لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است؛

رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد است. از طرفی، گیلبرت مفهوم شفقت را سیستم انگیزشی تکامل‌یافته برای تنظیم عواطف منفی توصیف می‌کند (۳۶). درمان متمرکز بر شفقت برای افراد مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند، یعنی با تحریک سیستم هیجانی تسکین‌بخش، زمینه تحول آن را فراهم می‌کند و با تحول سیستم تسکین، تاب‌آوری در برابر افسردگی و مقیاس‌های مرتبط با آن را بالا می‌برد (۳۷)؛ بنابراین، درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و درمان متمرکز بر شفقت با تنظیم هیجانی مثبت تقریباً به طور یکسانی باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی می‌شوند.

محدودیت‌های پژوهش: از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محیط زندگی، کار و شرایط اجتماعی و اقتصادی افراد که مواردی تأثیرگذار بر نتایج پژوهش است اشاره کرد و به همین دلیل است که در تعمیم آن با کل جامعه باید احتیاط شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی: پیشنهاد می‌شود که در زمینه ترویج و انعکاس روش‌ها، آموزش‌های درمان روان‌شناختی، بهبود سطح بهداشت روانی و کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکروز، برنامه‌های جامع و پیشگیرانه در مراکز درمانی - مراقبتی و حمایتی مربوط به آنها تدوین و به طور کاربردی اجرا شود.

تشکر و قدردانی

از آقای دکتر امیررضا عظیمی صائین، فلوشیپ ام اس که در اجرای این پژوهش با ما همکاری مسئولانه‌ای داشتند مراتب قدردانی خود را اعلام می‌داریم.

References

1. Ratajska A, Zurawski J, Healy B, Glanz B. Computerized cognitive behavioral therapy for treatment of depression in multiple sclerosis: A narrative review of current findings and future directions. *International journal of MS care* (2019). 21(3), 113-123.
2. Safari M, Gholamzadeh A, Asadi A, Mahjour M. The therapeutic and anti-inflammatory effects of ginseng in multiple sclerosis patients. (In Persian).
3. Dehghan A, Memarian R. Abundance of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients. *Alborz university medical journal*. 2013;2(2):82-8. (In Persian)
4. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Medical Sciences*. 2018 May 10;24(2):125-31.(In Persian)
5. Sanderson CA. *Health Psychology: Understanding the Mind-Body Connection*. SAGE Publications; 2018.
6. Khezri-Moghadam M, Ghorbani N, Bahrami H, Rostami R. Efficacy of group therapy on reduction of psychological signs of multiple sclerosis patients, *Journal of Clinical Psychology*, 2012; 4(1): 13. (In Persian)
7. Khanjani Z. Effective psychological factors on multiple sclerosis: personality traits, depression, anxiety and stress, *Medical Journal of Tabriz University of Medical Science & Health Service*, 2012; 34(4): 60-67. (In Persian)
8. Beal C, Stuijbergen A. Loneliness in women with multiple sclerosis. *Rehabilitation Nursing*. 2007; 32(4), 165-171.
9. Arjmand Ghujur K, Mahmoud Aliloo M, Khanjani Z, Bakhshipour A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) in relapse prevention in methamphetamine addict patients. *yafte*. 2019; 21 (1) :38-51 (In Persian).
10. Kashdan T B, Ciarrochi J V. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology. The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications. 2013
11. Sheydayi Aghdam S, Shamseddini lory S, Abassi S, Yosefi S, Abdollahi S, Moradi joo M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Thoughts and behavior in clinical psychology*, 2015; 9(34): 57-66. (In Persian)
12. Jahangiri MM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing intensity pain in patients with multiple sclerosis, *Research in clinical psychology and counseling*, 2018; 8(2): 116-127. (In Persian)
13. Montazeri S, Aghaei Jashoghani A, Golparvar M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral management based on mindfulness and treatment based on acceptance and commitment on psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Sadra*

- Medical Journal, 2018; 7(1): 59-74. (In Persian).
14. Parsa M, Sabahi P, Mohammadifar M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy to improving the quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 2018; 10(1): 21-28. (In Persian)
 15. Ghadampour E, Heidaryani L, Radmehr F. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy based on cognitive flexibility and life satisfaction women with multiple sclerosis. *Quarterly journal of health psychology*, 2018; 8(29): 153-167. (In Persian)
 16. Zemestani M, Gholizadeh Z, Alaei M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression and anxiety of ADHD childrens' mothers. *Psychology of exceptional individuals*, 2018; 8(29): 61-84.
 17. Mohammadi E, Keshavarzi A, Farzad V., Salehi M. The Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital satisfaction among depressed women. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2017; 17(2): 26-35.
 18. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*. (2017); 3(1), 1743.
 19. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: Theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011; 12(2), 128.
 20. Nuri H, Shahabi B. The Effectiveness of self-compassion training on increase of mothers' resiliency with autistic children. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2017; 18(3): 118-126. (In Persian)
 21. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self ~~compassion~~ **compassion** program. *Journal of clinical psychology*. 2013 Jan; 69(1): 28-44.
 22. Neff K, Beretvas S.N. The role of self-compassion in romantic relationships. *Journal Self and Identity*. 2012; 12, 78-98.
 23. Salimi A, Arsalandeh F, Zaharakar K, Davarniya R, Shakarami M. The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon of Medical Sciences*. 2018 May 10; 24(2): 125-31. (In Persian)
 24. Ghatore Z, Pouryahya S, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The effect of compassion-focused therapy (CFT) on resiliency of women with multiple sclerosis (MS). *Armaghane danesh*. 2018; 23 (3) :350-363. (In Persian)
 25. Zamanian-e- Najaf Abadi M. The Effectiveness of compassion focused therapy on dysfunctional attitudes, self-criticism, self-compassion to in patients with MS. *Islamic Azad University Najaf Abad*; 2017. 270p. (In Persian)
 26. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(1), 6-41.

27. Eifert G, Forsyth J, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4), 368-385.
28. Lyon, Taylor A. Self-compassion as a predictor of loneliness: The relationship between self-evaluation processes and perceptions of social connection" (2015). Selected Honors Theses. Paper 37.
29. Leary M. R, Tate E. B, Adams C. E, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: the implications of treating oneself kindly. *Journal of personality and social psychology*. 2007; 92(5), 887.
30. Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science Business Media; 2005.
31. Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frosthholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. *Journal of contextual behavioral science*. 2014 Jul 1;3(3):189-95.
32. Najjari F, Khodabakhshi Koolae A, Falsafinejad MR. The effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment (ACT) on loneliness and psychological adjustment in women after divorce. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2017 Oct 10;5(3):68-75. (In Persian)
33. Javanbakht Z, Manshey G. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on meaning of life and feeling lonely of adolescents in the alternative care center. *Socialworkmag*. 2017; 5 (4) :39-32 (In Persian)
34. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Tosi MR, Abedi MR. To Compare of the Effectiveness of training based on "Acceptance and Commitment Therapy" and "Compassion Focused Therapy" on Self-efficacy, Quality of Relations and Meaning in Life in Infertile Women. *Journal of Health Promotion Management*. 2019 Jul 10;8(3):10-8. (In Persian)
35. Ghanbari H, Touzandeh Jani H, Nejat H. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based Therapy (ACT) and quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2019; 22(1), 58-68. (In Persian)
36. Saadati N, Rostami M, Darbani S A. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and compassion focused therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. 2017; 3 (2) :45-58.(In Persian)
37. Masuda A, Hayes S. C, Sackett, C. F, Twohig, M. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 477-485.

Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Compassion Focused Therapy on Loneliness in patients with Multiple Sclerosis

MirMoeini P¹, Bayazi MH^{2*}, Khalatbari J³

1. Ph.D. student in Health Psychology, Torbat-e-Jaam Islamic Azad University, Mashhad, Iran

2. Assistant Professor in Health Psychology, Torbat-e-Jaam Islamic Azad University, Mashhad, Iran, Bayazi123@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Azad University, Mazandaran, Iran

Received: 8 July 2020

Accepted: 9 Nov 2020

Abstract

Background: The aim of this study was to compare Acceptance and Commitment Therapy with Compassion focused Therapy on Romantic, Family and Social loneliness in patients with Multiple Sclerosis.

Materials and Methods: In a quasi-experimental design, with pre-test and post-test and a control group, 45 patients with Multiple Sclerosis were selected among the patients referred to the MS clinic in Tehran province in 1398 and divided randomized in two experimental groups Acceptance and Commitment Therapy, Compassion focused Therapy and one control group. All three groups completed the Adult Socio-Emotional Feeling Questionnaire (SELSA-S) in two stages before and after the intervention. The experimental groups participated in eight sessions of Acceptance and Commitment Therapy, the second experimental group participated in ten sessions of Compassion Focused Therapy, the experimental group did not receive any intervention, and the post-test sessions were performed at the end of the sessions. In order to test the research hypothesis, the results were analyzed by multivariate analysis of variance (MANCOVA) and SPSS21.

Results: The results showed that Compassion Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy were effective on the feeling of loneliness in patients with Multiple Sclerosis and with 95% confidence it can be said that Acceptance and Commitment therapy is more effective.

Conclusion: According to the obtained results, these interventions can be used along with drug treatment for Multiple Sclerosis patients as a useful and complementary treatment method.

Keywords: Multiple Sclerosis, Acceptance and Commitment Based Therapy, Compassion Focused Therapy, Loneliness

***Citation:** MirMoeini P, Bayazi MH, Khalatbari J. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Compassion Focused Therapy on loneliness in patients with Multiple Sclerosis. *Yafte*. 2021; 22(4):132-145.